

## **Terapia Psicomotora no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Hospital de Santa Maria**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de  
Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientador:** Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

**Júri**

**Presidente:**

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana

**Vogais:**

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins, professor associado da Faculdade de Motricidade Humana

Mestre Janete Filipa Santos Noite Maximiano, especialista de mérito em Reabilitação Psicomotora

**Andreia Duarte**

2018

“(...) Como posso pensar algo que nunca poderei verificar, olhar de fora? Como  
pensar na própria morte?

Digamos mesmo que a ameaça central que incide sobre o nosso corpo, a ameaça  
que nos diz – não somos apenas o que somos – é a da morte.”

(Gonçalo M. Tavares, 2013)

## **Agradecimentos**

Obrigada Professor Doutor Rui Martins, principalmente por ter incentivado e acreditado na realização deste estágio e por me inculcar a importância da reflexão e dos autoquestionamentos constantes.

Obrigada Doutora Teresa Goldshmidt por ter aceite a proposta de estágio e obrigada a todos os profissionais pela forma como me acolheram, pelo interesse em conhecer a Psicomotricidade, por me terem dado espaço para intervir e por me ensinarem o valor e a importância do trabalho em equipa.

Obrigada mãe e obrigada pai por me terem acompanhado neste desafio, por nunca duvidarem de mim e por me mostrarem todos os dias a melhor definição de família.

Obrigada André por estares incondicionalmente em todos os momentos, pelos abraços reparadores, por acreditares em mim e por me fazeres acreditar que sou capaz de tudo.

Obrigada ao melhor grupo da faculdade, à Catarina, à Joana e à Rita, por ter crescido ao vosso lado e convosco ter tido a melhor experiência de trabalho em equipa, foi o melhor ensaio para a vida profissional. Obrigada a todos os outros amigos e família por toda a compreensão, ânimo e força durante esta caminhada inesquecível.

Um obrigada caloroso e sorridente às crianças e aos adolescentes que acompanhei, pela forma como me deixaram marcar a sua vida e como marcaram a minha, tanto a nível pessoal como profissional.

A todos, um sincero e grande obrigada!

## **Resumo**

O presente relatório foi desenvolvido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do mestrado em Reabilitação Psicomotora no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital de Santa Maria.

Ao desenvolver uma intervenção com crianças e adolescentes enlutados, o enquadramento da prática profissional integra a terapia psicomotora em saúde mental, nomeadamente os modelos de intervenção e de relação utilizados, bem como o conceito de luto, os seus principais modelos de compreensão e a terapia psicomotora associada.

Decorrente da prática profissional, é caracterizado o programa de intervenção realizado numa equipa onde se integrou a terapia psicomotora e desenvolvido em dois grupos, os quais se distinguem pelas idades da população atendida e, por associação, pelas metodologias de intervenção apropriadas: o grupo I, constituído por três adolescentes de 13 e 14 anos, cuja intervenção foi centrada em técnicas de relaxação e consciencialização corporal; e o grupo II, por quatro crianças entre os 7 e os 10 anos, com enfoque no jogo espontâneo. De uma forma geral, é sintetizada a evolução da população atendida e, de modo particular, é explorado um caso de cada grupo. Das evoluções observadas conclui-se a pertinência da intervenção psicomotora na população acompanhada.

**Palavras-chave:** Terapia Psicomotora; Luto Infantil e Juvenil; Intervenção em Grupo; Jogo Espontâneo; Relaxação; Contexto Hospitalar

## **Abstract**

The present report was developed in Branch of Advancement of Professional Competencies Curricular Unit of the Master Degree in Psychomotor Rehabilitation in Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência of Hospital de Santa Maria.

By developing an intervention with bereavement children and teenagers, the contextualization of professional practice integrates the psychomotor therapy in mental health, especially the utilised models of intervention and relationship, along with the grief concept and its comprehension main models and associated psychomotor therapy.

In the professional practice, it is described the intervention program made on a team where psychomotor therapy was integrated and developed in two groups, which are distinguished by the target population ages and by the appropriate intervention methodology: group I, formed by three teenagers with 13 and 14 years old, which intervention was focused on relaxation techniques and body awareness; and group II with four children aged from 7 to 10 years old, with focus on spontaneous play. Generally, the evolution of target population is synthesized and, particularly, is explored a case from each group. From the observed evolutions, it's concluded the relevance of the psychomotor intervention in the target population.

**Keywords:** Psychomotor Therapy; Child and Adolescent Grief; Group Intervention; Spontaneous Play; Relaxation; Hospital Context

# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>ii</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>iii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iv</b>
<b>Índice Geral</b> .....	<b>v</b>
Índice de Tabelas .....	ix
Índice de Figuras .....	ix
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>Enquadramento da Prática Profissional</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Saúde Mental Infantojuvenil e Terapia Psicomotora</b> .....	<b>3</b>
1.1 Saúde Mental Infantil e Juvenil: Definição, Epidemiologia, Estatísticas e Objetivos de Ação .....	3
1.2 Terapia Psicomotora em Saúde Mental Infantil e Juvenil .....	4
1.2.1 Avaliação Psicomotora .....	6
1.2.2 Modelos de Intervenção e de Relação.....	8
<b>2 Luto Infantil e Juvenil</b> .....	<b>19</b>
2.1 Definição e Principais Modelos de Compreensão do Luto.....	19
2.2 Fatores de Risco e de Proteção .....	23
2.3 Diagnóstico .....	24
2.4 Terapia Psicomotora no Luto .....	27
<b>3 Enquadramento Institucional</b> .....	<b>29</b>
3.1 Caracterização do Centro Hospitalar Lisboa Norte.....	29
3.1.1 Missão, Valores e Visão .....	30
3.2 Caracterização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência .....	31
3.2.1 População-Alvo .....	31
3.2.2 Equipa .....	31

3.2.3	Instalações .....	32
3.2.4	Atividades do Serviço .....	32
	<b>Realização da Prática Profissional .....</b>	<b>34</b>
<b>1</b>	<b>Atividades de Estágio: Caracterização, Calendarização e Horário .....</b>	<b>35</b>
<b>2</b>	<b>Programa de Intervenção no Luto .....</b>	<b>37</b>
2.1	Caracterização da População Atendida.....	37
2.2	Procedimentos .....	38
2.3	Objetivos e Modelos de Intervenção .....	39
2.4	Sessão Tipo .....	40
2.5	Caracterização do Contexto Físico e Materiais de Intervenção .....	42
2.6	Instrumentos de Avaliação .....	43
2.6.1	Escala de Conners – Versão Reduzida (traduzida e adaptada do Conners 3 por Rodrigues, 2003, de Conners, 1997) .....	44
2.6.2	Strengths and Difficulties Questionnaire (traduzido e adaptado por Fletlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2005, de Goodman, 2001) .....	44
2.6.3	Ecomapa (Brandão, 1998) .....	45
2.6.4	Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (traduzido do Prolong Grief Disorder – PG-13 – por Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011, de Prigerson et al., 2007) .....	46
2.6.5	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - Revised Version (traduzido e adaptado de Screen for Child Anxiety Related Disorders por Pereira & Barros, 2010, de Muris et al., 1999) .....	47
2.6.6	Bateria Psicomotora (Fonseca, 1975) .....	49
2.6.7	Behavior Assessment System for Children I (traduzido e adaptado por Carreto, Guimarães, Lourenço, Martins & Santos, 2001, de Reynolds & Kamphaus, 1992).....	50
2.6.8	Draw a Person (traduzido de Draw a Person por Neopraxis, DEER, Cabral & Sousa, n.d. de Naglieri, 1988) 52	
2.6.9	Esquema de Tensões (Martins, n.d.) .....	54
2.6.10	Grelha de Observação do Comportamento – Versão Crianças (Martins, 2017) .....	54
2.7	Evolução da População Atendida.....	55
<b>3</b>	<b>Análises/Estudos de Casos Clínicos .....</b>	<b>58</b>
3.1	Análise de Caso I – Sofia .....	58

3.1.1	Anamnese .....	59
3.1.2	Avaliação Inicial .....	62
3.1.3	Hipóteses Explicativas .....	65
3.1.4	Fatores de Risco e de Proteção .....	67
3.1.5	Perfil Intraindividual .....	67
3.1.6	Projeto Terapêutico .....	68
3.1.7	Progressão do Programa de Intervenção .....	70
3.1.8	Avaliação Final .....	73
3.1.9	Apreciação Global/Discussão dos Resultados e Conclusões .....	77
3.2	Análise de Caso II – Augusto .....	78
3.2.1	Anamnese .....	79
3.2.2	Avaliação Inicial .....	81
3.2.3	Hipóteses Explicativas .....	84
3.2.4	Fatores de Risco e de Proteção .....	85
3.2.5	Perfil Intraindividual .....	86
3.2.6	Projeto Terapêutico .....	86
3.2.7	Progressão do Programa de Intervenção .....	88
3.2.8	Avaliação Final .....	91
3.2.9	Apreciação Global/Discussão dos Resultados e Conclusões .....	94
<b>4</b>	<b>Atividades Complementares de Formação .....</b>	<b>95</b>
4.1	Reuniões com Psicomotricistas com Intervenção em Contexto Hospitalar .....	95
4.2	Reuniões do Núcleo de Estágio .....	95
4.3	Formação Adicional .....	95
4.4	Organização e Apresentação de Trabalhos .....	96
	<b>Conclusão .....</b>	<b>99</b>
	<b>Bibliografia .....</b>	<b>101</b>
	<b>Anexos .....</b>	<b>110</b>
	<b>Anexo A – Resultados do Programa de Intervenção .....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>



<b>Anexo B – Relatórios de Sessão da Sofia.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo C – Relatórios das Sessões do Grupo II.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo D – Resultados da Avaliação: Augusto .....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>BASC I.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>DAP Inicial.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>DAP Final .....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>GOC Inicial .....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>GOC Final.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo E – Apresentação Maus Tratos Infantis.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo F – Apresentação Vinculação.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo G – Congressos/Cursos/Jornadas.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo H – Apresentação Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil e Juvenil ..</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo I – Apresentação Caso Clínico: Sofia .....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo J – Apresentação Caso Clínico: Augusto.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo K – Apresentação CorporalMente.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo L – Apresentação Intervenção no Luto na Adolescência: Um diálogo entre a Psicologia e a Psicomotricidade .....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo M – Apresentação Luto Traumático na Adolescência Focado no Trauma Caso Clínico – Sofia .....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo N – Apresentação Luto Traumático Infantil Focado na Perda Caso Clínico: Maria .....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo O – Poster: Expressive Therapy and Psychomotor Therapy with adolescents between 10 and 14 years old in mourning situations.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo P – Poster: Expressive Therapy and Psychomotor Therapy with children between 7 and 10 years old in mourning situations.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 2.1: Padrões de manifestações no processo de luto (Barbosa, A. (2016). Fazer o Luto. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa).....	21
Tabela 2.2: Conceito de morte e reações à perda ao longo do desenvolvimento infantojuvenil (adaptado de Barbosa, A. (2016). Fazer o Luto. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa) .....	22
Tabela 1.1: Calendarização das Atividades .....	36
Tabela 2.1: Breve Calendarização dos Grupos I e II.....	38
Tabela 2.2: Esquema da Sessão-Tipo.....	40
Tabela 2.3: Instrumentos de Avaliação utilizados nos Grupos I e II. ....	43
Tabela 2.4: Assiduidade dos Elementos à Intervenção. ....	55
Tabela 2.5: Síntese dos Resultados do Programa de Intervenção .....	56
Tabela 3.1: identificação da Sofia.....	58
Tabela 3.2: Perfil Intraindividual da Sofia.....	67
Tabela 3.3: Objetivos terapêuticos da Sofia .....	68
Tabela 3.4: Comparação pré e pós intervenção com a Sofia.....	78
Tabela 3.5: Identificação do Augusto.....	78
Tabela 3.6: Perfil Intraindividual do Augusto.....	86
Tabela 3.7: Objetivos terapêuticos do Augusto.....	86

## Índice de Figuras

Figura 2.1: Conceito de Luto (Barbosa, A. (2016). Fazer o Luto. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). ....	26
Figura 3.1: Genograma da Sofia.....	59
Figura 3.2: Resultados do SDQ – Versões Pais e Crianças .....	73
Figura 3.3: Resultados SDQ: Suplemento de Impacto – Versões Pais e Crianças .....	73
Figura 3.4: Resultados Escala de Conners – Forma Reduzida – Versão Pais.....	74
Figura 3.5: Resultados SCARED-R: Versões Pais e Criança .....	74
Figura 3.6: DAP Inicial da Sofia.....	76
Figura 3.7: DAP Final da Sofia .....	76
Figura 3.8 Genograma do Augusto.....	79

## **Introdução**

O presente relatório visa a descrição das atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RCAP) do mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.

De forma a que o estudante apresente capacidades para integrar o mercado de trabalho, o RCAP tem como objetivos gerais o aumento dos conhecimentos científico e metodológico no âmbito da Reabilitação Psicomotora e a estimulação das capacidades de planeamento, reflexão e organização, quer no desenvolvimento de programas, quer na relação com os profissionais e com a comunidade (RCAP, 2016).

Ao desenvolver uma intervenção em grupo com crianças e adolescentes enlutados, o enquadramento da prática profissional integrará, por um lado, a terapia psicomotora em saúde mental, nomeadamente os modelos de avaliação, intervenção (jogo livre/espontâneo e relaxação terapêutica) e de relação (dinâmica grupal). Por outro lado, será abordado o conceito de luto nesta população, os seus principais modelos de compreensão, fatores de risco e de proteção, e a terapia psicomotora nesta área. Esta parte terminará com a caracterização, focada na descrição da população atendida, do funcionamento interno e dos recursos humanos e materiais do local de estágio, o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência do Hospital de Santa Maria.

Decorrente da prática profissional, será caracterizado o programa de intervenção, realizado numa equipa onde se integrou a terapia psicomotora, e que foi desenvolvido em dois grupos, os quais se distinguem pelas idades da população atendida e, por associação, pelas metodologias de intervenção apropriadas: o grupo I, constituído por três adolescentes de 13 e 14 anos, cuja intervenção foi centrada em técnicas de relaxação e consciencialização corporal; e o grupo II, por quatro crianças entre os 7 e os 10 anos, com enfoque no jogo espontâneo. De uma forma geral, será sintetizada a evolução da população atendida, com base numa avaliação inicial e final que se suportou de diversos instrumentos e, de modo particular, será explorado um caso de cada grupo. Das evoluções observadas conclui-se a pertinência da intervenção psicomotora na população acompanhada.

O último capítulo centrar-se-á na identificação das atividades complementares de formação, as quais incluem a apresentação do programa referido em congressos.

---

## **Enquadramento da Prática Profissional**

---

# **1 Saúde Mental Infantojuvenil e Terapia Psicomotora**

Este primeiro capítulo incide, numa primeira instância, na exploração da saúde mental infantojuvenil, com posterior apresentação da terapia psicomotora e dos seus modelos de intervenção e relação nesta área, com enfoque nos privilegiados no estágio.

## **1.1 Saúde Mental Infantil e Juvenil: Definição, Epidemiologia, Estatísticas e Objetivos de Ação**

Por si só, a palavra saúde é definida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença" (World Health Organization [WHO], 2016, para. 1). Deste modo, entende-se que a saúde mental não consiste na ausência de perturbações ou dificuldades mentais, trata-se antes de um campo que abrange o estado de bem-estar que possibilita ao indivíduo a realização das suas atividades diárias, trabalhar de forma produtiva e participar ativamente na sociedade (WHO, 2016). Este bem-estar compreende a capacidade para pensar, interagir com os que nos rodeiam e lidar com o stress típico do dia-a-dia (WHO, 2016). Assim, esta área intervém a nível preventivo – na promoção do bem-estar –, terapêutico e reabilitativo das pessoas com perturbações mentais (WHO, 2016).

O aparecimento de perturbações mentais apresenta origens multifatoriais, desde socioeconómicas (e.g. alterações sociais repentinas, condições de trabalho stressantes, indicadores de pobreza e baixas habilitações literárias), psicológicas (e.g. traços de personalidade) e biológicas, relativas aos fatores genéticos associados a desequilíbrios químicos cerebrais (WHO, 2016).

Em Portugal, a história da saúde mental infantil teve início nas primeiras décadas do século XX e entre os anos 40 e 50, com João dos Santos, a saúde mental passou a ser privilegiada nas escolas, na família, na comunidade e na saúde pública (Vidigal, 2016).

Em todo o mundo, 10 a 20% das crianças e adolescentes revelam perturbações mentais (DGS, 2013; WHO, n.d.), sendo que 50% das perturbações em adultos são iniciadas antes dos 14 anos (WHO, n.d.; WHO, 2013) e 75% até aos 20 anos (WHO, n.d.).

Em Portugal, também se assiste a um aumento das dificuldades/perturbações mentais (Programa Nacional para a Saúde Mental [PNSM], 2017), sendo o país com a mais elevada prevalência de perturbações a nível europeu na população adulta, com maior destaque nas de ansiedade (Almeida & Xavier, 2013). Com os adolescentes, verifica-se

um decréscimo global da saúde percebida pelos próprios, no que respeita a sintomas físicos e psicológicos, e a presença de preocupações diárias (Matos, Simões, Camacho, Reis & Equipa Aventura Social, 2015), tornando-se importante aumentar os cuidados e serviços de carácter preventivo (PNSM, 2017).

O plano de ação global para a saúde mental contemplado para o período de 2013-2020 aponta a necessidade de intervenções precoces de cariz psicossocial e de outras terapias não-farmacológicas no seio da comunidade (WHO, 2013). Na mesma linha de pensamento e independentemente da faixa etária, o PNSM (2017) salienta a imprescindibilidade de um maior rigor e qualidade na prescrição de medicamentos, bem como o atendimento nos Centros de Saúde. De facto, Vidigal (2016), aponta um aumento considerável da medicação a crianças portuguesas, nomeadamente, com agitação ou instabilidade psicomotora. Para além disso, o plano de ação global incentiva à prestação de serviços abrangentes, valorizando a intervenção ao nível da saúde física (WHO, 2013). Junto da população portuguesa, o estudo de Cardoso et al. (2017) revelou a existência de uma comorbilidade elevada entre as perturbações mentais e físicas, salientando a maior eficácia da intervenção incidente sobre ambas as dimensões em simultâneo.

Estes objetivos relacionam-se, desta forma, com a intervenção psicomotora, dado constituir-se como uma terapia de mediação corporal não farmacológica, que assenta na relação indissociável entre o psiquismo e a motricidade (APP, n.d.). Esta terapia foi preconizada, em Portugal, por João dos Santos, médico psiquiatra, pioneiro da moderna saúde mental infantil e juvenil (Costa, 2008). Tal como aponta o nº 3 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, os Serviços de Pedopsiquiatria e Saúde Mental devem funcionar com equipas multidisciplinares. Também a Circular Normativa Nº. 06/DSPSM, de 17 de junho de 2005, o faz, detalhando os profissionais envolvidos: pedopsiquiatras, enfermeiros, psicólogos, educadores de infância, professores, psicomotricistas, terapeutas da fala e ocupacionais.

## **1.2 Terapia Psicomotora em Saúde Mental Infantil e Juvenil**

Como uma terapia de mediação corporal, a intervenção psicomotora analisa o corpo e a mente como uma unidade apenas (APP, n.d.; European Forum of Psychomotricity [EFP], n.d.; Boscaini, 2003; Martins, 2001a) – defendendo a ideia de que “somos um corpo” ao invés de “temos um corpo” (EFP, 2016). Neste sentido, Fonseca (2017, p. 28) reforça a ideia de que “o corpo e a motricidade que fazem parte do organismo do sujeito são a sua mente em acção”. Fundamentada numa visão holística do indivíduo (APP, n.d.; EFP, n.d.b; Martins, 2001a), envolve, de forma integrada, para além das funções motoras, as

cognitivas, as sócio emocionais (APP, n.d.; EFP, n.d.b), as simbólicas e as psicolinguísticas, promovendo a intencionalidade do gesto e a agentividade do indivíduo com o outro, com os objetos e consigo mesmo (APP, n.d.).

Esta terapia insere-se, fundamentalmente, nos serviços de Pedopsiquiatria ou Psiquiatria da Infância e da Adolescência, cuja intervenção incide no modelo reeducativo ou terapêutico, isto é, quando se assiste a um comprometimento da dinâmica do desenvolvimento e da aprendizagem ou da adaptabilidade do sujeito associado a problemas psicoafectivos, de origem relacional (Maximiano, 2015).

Neste campo, a intervenção psicomotora, a nível clínico, era apelidada de Reeducação Psicomotora (Rodrigues & Marta, 1994; Costa, 2008), no sentido de reparar, restabelecer ou reabilitar os sintomas das perturbações apresentadas (Costa, 2008). Todavia, esta dinâmica deu lugar a um meio que privilegia a intencionalidade, o desejo, a espontaneidade, a iniciativa e a criatividade da criança, com um papel ativo, passando a assentar numa vertente terapêutica (Costa, 2008), daí ser denominada Terapia Psicomotora (Rodrigues & Marta, 1994; Costa, 2008).

Esta especialidade visa uma avaliação e observação do desenvolvimento na criança e/ou no adolescente, tendo em conta o seu envolvimento familiar, social e escolar (APP, n.d.; Carvalho, 2005). Desta forma, não só intervém com a criança, como também com a família, a escola, os amigos e outros meios de relevo na vida da mesma (APP, n.d.; EFP, n.d.a; Carvalho, 2005; Maximiano, 2015).

Nesta área, assiste-se a uma dinâmica, na qual se trabalha em equipa (Cruz & Lobo, 2005; Costa, 2008; APP, n.d.), de forma a definir-se a importância de cada profissional envolvido, as suas primazias e objetivos, com a identificação de sintomas que se distingam das perturbações, pois estão envolvidos fatores orgânicos, neurobiológicos, psicológicos, cognitivos, emocionais, afetivos, sociais e familiares (Costa, 2008). Por outro lado, em equipa, é aumentado o conhecimento sobre a criança, favorável à sua evolução e importante para a mesma, para a sua família e para a própria equipa (Cruz & Lobo, 2005). Neste sentido, é dado privilégio a equipas com diversos saberes e áreas de atuação na saúde mental, nas quais os psicomotricistas são incluídos (Costa, 2008; Marques & Cepêda, 2009).

Ao nível da população atendida, como aponta Martins (2001a, p.40), a psicomotricidade “é dirigida às crianças (...) que se sentem mal no seu corpo, e que têm dificuldade em comunicar e em agir sobre o mundo exterior”. Esta dificuldade em comunicar assenta em sintomas comportamentais desadequados em relação a si próprio

e aos outros, como através de: inibição ou agitação psicomotora (APP, n.d.; Joly, 2007; Maximiano, 2015); problemas de autocontrolo (APP, n.d.; Maximiano, 2015) e agressividade (Joly, 2007) – associada a perturbações disruptivas do comportamento, como a perturbação de oposição e desafio (APP, n.d.); sintomas somáticos, como, por exemplo, ao nível da regulação das necessidades esfinterianas (Maximiano, 2015) – relacionados com perturbações psicossomáticas ou perturbações da ansiedade (APP, n.d.); e alterações na perceção da realidade (Joly, 2007), como acontece na psicose infantil (APP, n.d.). Também abrange crianças ou adolescentes com problemas de corporeidade, instrumentais, relacionados com o esquema e imagem corporal, organização espaciotemporal e regulação tónica (e.g. hipotonicidade, hipertonicidade, gaguez, tiques); com problemas de identidade, devido a falhas no envelope corporal ou nos processos de identificação que comprometem a organização adequada da imagem corporal (Joly, 2007), como se pode verificar nas perturbações da vinculação e da interação precoce (APP, n.d.). De igual forma, compreende as dificuldades de mentalização, como se observa em muitos dos sintomas comportamentais centrados no agir ou em comportamentos de oposição, em casos de desinvestimento no prazer de pensar, de resistência ou negação da elaboração das vivências psicoafectivas por intermédio da palavra e com dificuldade para aceder à atividade simbólica (Joly, 2007).

Os objetivos da intervenção, de forma geral, passam pela gestão das emoções e das dificuldades de comunicação no plano verbal e não-verbal, pelo o aumento da autoestima e da confiança (APP, n.d.; Maximiano, 2015) e pela presença de sentimentos de congruência na criança ou adolescente com o espaço relacional (Maximiano, 2015).

No que respeita aos pressupostos teóricos, a intervenção aplica as premissas provenientes do modelo biopsicossocial, do modelo ecológico do desenvolvimento, da compreensão psicodinâmica sobre a expressão do sintoma e da intervenção do tipo gnoso-prática acerca da reorganização do pensamento e da ação (Maximiano, 2015).

### **1.2.1 Avaliação Psicomotora**

A observação psicomotora, ao incidir na análise dos problemas psicomotores e no estado psico-corporal do indivíduo (Constant, 2007; Raynaud, Danner & Inigo, 2007), centra-se, de forma simultânea, (Pitteri, 2004) a nível funcional – aspetos sensório-motores, de representação corporal e organização espaciotemporal – e relacional/afetivo (Boscaini, 2003, 2004; Fonseca, 2012; Pitteri, 2004). Para tal, a avaliação deve ser realizada através de um olhar subjetivo, relacional/psíquico – ação que compreende o diálogo corporal entre o psicomotricista e o indivíduo – e de um olhar objetivo – caracterizado por um



distanciamento emocional (Boscaini, 2004). Por estes motivos, o momento de observação deve ser estruturado e centrado num objetivo, ao mesmo tempo que se faz acompanhar de um cariz mais lúdico e afetivo (Boscaini, 2004; Fonseca, 2010).

Da vertente relacional, a relação de empatia com o sujeito avaliado é importante (Costa, 2017; Fonseca, 1985, 2010), uma vez que a aliança terapêutica está envolvida a partir do primeiro contacto (Costa, 2017). Assim, a avaliação formal por meio de instrumentos quantitativos torna-se mais complicada por implicar uma superioridade por parte do psicomotricista (Costa, 2008). De facto, o que se verifica é que, ao longo do processo terapêutico, a criança revela primeiramente aspetos positivos, dos quais fazem parte gostos e competências, e, à medida que a relação se torna mais efetiva e segura, surgem as dificuldades (Costa, 2008). Desta forma, é realizada uma observação que tenta captar a personalidade psicomotora da criança, tendo por base o comportamento motor e elementos objetivos e subjetivos que dele provêm (Costa, 2008). Também Sassano e Bottini (2013) destacam a observação qualitativa nesta vertente de intervenção.

Assim, a observação, centrada nos interesses da criança (Costa, 2008, 2017), conforme Costa (2008, 2017) e Maximiano (2015), deve assentar nos seguintes aspetos: no corpo expressivo em ação, relativamente à iniciativa do ato motor, os gestos utilizados para conseguir o seu propósito e ao desenvolvimento do movimento em si; no corpo relacional, englobando as posturas, atitudes, gestos na relação com o outro, modo de estar, agir e reações corporais ao comportamento e observação dos outros; no jogo procurado; e na atitude (e.g. passiva, hiperativa, de liderança ou de cooperação) com o psicomotricista, os objetos e o espaço.

Paralelamente, este processo deve envolver a recolha dos motivos de encaminhamento para a intervenção, dos dados anamnésicos da criança (história pessoal, familiar, escolar e clínica) (Costa, 2008, 2017; Fonseca, 2012; Raynaud, Danner & Inigo, 2007; Sassano & Bottini, 2013), de forma a situar os sintomas no contexto global da história corporal do sujeito (Raynaud, Danner & Inigo, 2007). Ainda na reflexão e na definição de estratégias de intervenção, a avaliação deve ser partilhada à equipa envolvida no caso (Pitteri, 2004; Costa, 2008).

No entanto, Riviére (2010) apela à utilização, na intervenção com incidência relacional, de instrumentos adequados para o diagnóstico, avaliação e intervenção das perturbações psicomotoras.

### **1.2.2 Modelos de Intervenção e de Relação**

Para além das características do meio institucional, relativas à população atendida, o tipo de intervenção deve ter por base a história da criança ou do adolescente, a origem e as características da sua problemática e, ainda, igualmente importante, as características da personalidade e a formação profissional do psicomotricista (Martins, 2008). Compreendidas as dificuldades da criança ou do adolescente, a intervenção pode ser desenvolvida em contexto individual ou em grupo, apresentar uma atitude por parte do psicomotricista de maior ou menor diretividade, assumir uma incidência mais motora, cognitiva ou relacional, privilegiar o jogo funcional ou simbólico e a recetividade ou a expressão (Martins, 2008).

Os modelos de intervenção centram-se numa abordagem de incidência relacional, com técnicas ludo-expressivas e outras atividades expressivas (Almeida, 2005; APP, n.d.; Bourger, 2003; Martins, 2001a, 2008; Santos, 1999) – em que, por intermédio do movimento, o inconsciente se expressa (EFP, 2016) –, e técnicas de relaxação e consciencialização corporal, numa análise dos gestos, das linguagens posturais e corporais e manifestações psicomotoras; mas também nas técnicas de reeducação gnoso-prática (APP, n.d.; Martins, 2001a; Santos, 1999). Fonseca (2012) refere que todas as técnicas desenvolvidas têm de se focar nos problemas afetivos, devido à inter-relação entre a mente e corpo, uma vez que o funcionamento psíquico se expressa a nível corporal. Todas as aprendizagens humanas têm por base a emoção ou, por outras palavras, a emoção orienta a cognição e todas as experiências emocionalmente significativas são geradoras de aprendizagens (Fonseca, 2017). Neste sentido, Maximiano (2015, p. 550) refere que “assumir ser corpo, é assumir a materialização do conjunto de experiências vividas e a capacidade de representação”.

Os principais instrumentos de trabalho são os corpos em movimento (o da criança/adolescente e o do terapeuta), envolvendo a relação e o espaço corporal (Bourger, 2003; Martins, 2001a), aos quais acrescem o espaço físico, o tempo, os ritmos da sessão e os objetos disponíveis (Martins, 2001a).

Nos anos 70, a intervenção psicomotora começou a ganhar outro estatuto, sendo acentuada a relevância da componente relacional (Martins, 2001a), destacada por André Lapierre (Lapierre, 2008), Ajuriaguerra (Martins, 2001a), Bernard Aucouturier e outros autores como Jean Piaget, Sigmund Freud e Donald Winnicott (Sassano & Bottini, 2013).

Esta vertente incide numa recetividade empática perante a relação e adaptação ao domínio psicológico da criança (Vecchiato, 1989) e que, através de um diálogo tónicoemocional (Martins, 2001a) – onde estão presentes manifestações de rejeição, prazer e desprazer tónico-emocional (EFP, 2016; Fonseca, 2012) –, envolve um processo de escuta (Almeida, 2005; Bourger, 2003; Martins, 2001a) e um conhecimento mútuo, numa relação de cumplicidade e confiança (Almeida, 2005; Costa, 2008; Martins, 2001a). A identificação entre os intervenientes constitui-se como a principal característica para o sucesso da intervenção, conforme refere Martins (2001a), estabelecida por intermédio do olhar, da mímica facial, da imitação corporal e da plasticidade dos movimentos (Martins, 2001a; Onofre, 2001). Esta forma de identificação surge mais facilmente se compararmos com os procedimentos verbais de aceitação e compreensão (Martins, 2001a). Neste espaço é privilegiada a iniciativa, a motivação (Costa, 2008, 2017), a criatividade e a curiosidade da criança (Bernardo, 2006; Costa, 2003, 2008, 2017). Desta forma, cria-se um ambiente permissivo (Bourger, 2003; Martins, 2001a), afetivo (Martins, 2001a), espontâneo (Bernardo, 2006; Bourger, 2003; Costa, 2003, 2017) e de contenção (Bourger, 2003). Para além da relação criança-adulto, também é dada especial atenção à relação estabelecida entre as crianças e os materiais (Costa, 2017).

Perante histórias pessoais repressivas e interditas – onde prevalece uma necessidade de expressão dos desejos – é apresentado um meio incentivador de exploração livre e securizante para tal expressão (Martins, 2001a, 2008), com o propósito de promover aspetos comunicativos e o progresso das situações conflituosas presentes (Costa, 2003, 2017; Martins, 2001a, 2008; Vecchiato, 1989). Assim, pretende-se que a criança se encontre ao nível da personalidade, identidade e história pessoal (Bourger, 2003; Costa, 2003; Martins, 2001a, 2008). Do mesmo modo, Lapierre (2005) refere que a vivência afetiva permite a expressão do imaginário, consciente e inconsciente, evidenciando, assim, a personalidade e as suas perturbações.

Os fundamentos teóricos, na organização de Vecchiato (1989), prendem-se com a atividade espontânea, a transferência, a regressão simbólica e a separação e autonomia.

Pela atividade espontânea, verifica-se uma expressão verdadeira, significativa para a criança, das pulsões, emoções e vontades, revelando aspetos inconscientes, por intermédio do jogo simbólico, das posturas e dos comportamentos (Vecchiato, 1989)

A transferência está relacionada com a projeção, sobretudo de forma não-verbal, dos seus sentimentos positivos e negativos, associados à relação com os pais, ao

companheiro simbólico – o terapeuta –, exigindo, para tal, a construção de um espaço seguro e de contenção (Vecchiato, 1989).

A regressão simbólica consiste no reviver dos primeiros momentos mal vividos na relação com a mãe (Vecchiato, 1989). O processo de individuação é realizado a partir das experiências iniciais de fusão corporal (Batista, 2008), sendo o movimento utilizado para alterar o esquema relacional do paciente consigo próprio, com os objetos e com os outros (Vecchiato, 1989). Este diálogo corporal baseia-se na “comunicação mais global, mais rica, mais imediata, que supera de imediato e com toda a facilidade as barreiras do eu consciente e racional e atinge as estruturas mais profundas do ser” (Vecchiato, 1989, p. 29). Deste modo, o psicomotricista deve adotar uma linguagem corporal específica, para que se estabeleça um vínculo, que passa, nomeadamente, pela sua colocação ao nível da criança, de forma a que seja criada uma relação muito íntima, securizante e de contenção, que permita o desenvolvimento de tais situações regressivas (Vecchiato, 1989). Ao se intervir em questões arcaicas, as questões de noção temporal e espacial, o ritmo, a imitação e o olhar promovem o desenvolvimento da criança, com trocas posturais, emocionais e verbais (Cramer n.d. cit in Raynaud et al., 2007). Assim, é valorizado o prazer corporal, o diálogo tónico-emocional (Batista, 2008; EFP, 2016; Fonseca, 2012; Martins, 2001a), a comunicação não-verbal (Bourger, 2003; Batista, 2008; Martins, 2001a) e os sentidos corporais, cruciais ao nível das sensações, representações e memória (Costa, 2008).

A fase de separação e autonomia assenta no restabelecimento de um positivo diálogo tónico-emocional, envolto por sentimentos de confiança, e posterior exploração do mundo, fruto de uma vontade de comunicar e expressar a identidade (Vecchiato, 1989). Pela ação e pelo movimento espontâneo, consoante as próprias necessidades e interesses, a capacidade de expressão e a criatividade aumentam, permitindo o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas (Bernardo, 2006; Costa, 2017) e, consequentemente, o aumento da autonomia (Costa, 2005, 2017).

Estes princípios não ocorrem rigorosamente da forma apresentada, podendo-se intercalar e sobrepor, consoante a dinâmica da relação e o comportamento da criança (Vecchiato, 1989).

A intervenção também pode assentar numa componente mais instrumental, ou seja, privilegiar a experimentação sensoriomotora, numa relação mais concreta e diretiva com os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento e cuja espontaneidade está dependente das possibilidades de iniciativa e criatividade da

criança/adolescente (Martins, 2001a, 2008). Através da planificação da ação e da exploração das diversas formas de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, entre outras), os objetivos desta intervenção prendem-se com a intencionalidade, a consciencialização da ação e o desenvolvimento das atividades percetiva, simbólica e concetual (Martins, 2001a, 2008).

As técnicas gnoso-práticas dizem respeito a um modelo de intervenção mais instrumental, correspondente à organização dos fatores psicomotores, à planificação e à interiorização da ação e posterior representação por intermédio de diversas formas de expressão (Martins, 2001a). Por um lado, este modelo de intervenção pode ser dirigido a crianças e adolescentes a partir dos 10 anos que necessitem de aceder ao pensamento operatório, relacionado com as relações lógicas entre o pensamento e a ação e as capacidades de receção, análise e armazenamento das informações e programação, regulação e verificação da ação (Martins, 2001a; Maximiano, 2015). Este modelo pode ser adotado perante o aumento da maturidade emocional e da consciência comportamental, associado à aceitação do pensamento do outro e à capacidade de expressão adequada do perfil psicomotor por intermédio da relação, onde a diretividade vai sendo uma característica cada vez mais permitida na sessão (Martins, 2001a; Maximiano, 2015). Por outro lado, pode ser utilizado perante dificuldades no acesso ao simbólico e à atividade espontânea e que necessitam do planeamento e da representação da ação para progressivamente aumentar o interesse pela exploração livre e a capacidade imaginária (Martins, 2001a; Maximiano, 2015).

### ***1.2.2.1 Dinâmica Grupal***

Antes de mais, a dinâmica grupal parece ir ao encontro dos objetivos terapêuticos desenvolvidos com crianças com perturbações emocionais e relacionais, pois, tal como aponta Costa (2005) as crianças desenvolvem-se e evoluem ao envolverem-se numa relação emocional e corporal com o outro.

Em grupo, Garcia (2005) destaca a intervenção psicomotora que visa o estabelecimento de uma relação psicocorporal entre os diversos elementos do grupo, que ao centrar-se nas experiências corporais, incide sobre os medos, as angústias, os desejos e os problemas psíquicos de cada um, desencadeados através da comunicação entre os elementos.

Relativamente à criação dos grupos, Costa (2005) refere ter em conta a estatura e tamanho corporal, a personalidade e a comunicação entre si, para além das perturbações e da idade dos participantes. Das principais características das crianças, Costa (2017)

salienta as seguintes: hiperatividade, problemas de comportamento (na relação com os outros), timidez, imaturidade emocional, fobias, ansiedade, depressão, mutismo e dificuldades na comunicação. De forma a produzir resultados positivos, o grupo tende a ser constituído por 2 a 4 crianças (APP, n.d.), embora Costa (2008) se refira a 5 elementos.

De uma forma geral, esta dinâmica possibilita as seguintes condições: a observação dos outros e o ato de observar os outros, envolvendo vários modelos, com os quais a criança encontra semelhanças e diferenças (Costa, 2008, 2017; Onofre, 2003, 2004); a contextualização dos conflitos, pois os parceiros constituem-se mais ativos, provocadores, iniciadores de conflitos e lutadores, quando comparados com o terapeuta (Costa, 2017; Onofre, 2004); a presença de sentimentos de responsabilidade, pois, sendo as atividades propostas pelas crianças (Onofre, 2003, 2004; Costa, 2008), se surgir a sugestão de uma criança, esta tem de pensar no envolvimento e apreciação dos outros (Costa, 2008); o destaque das particularidades das crianças, através da apreciação, reflexão e sentido crítico (Costa, 2017), como em relação à escolha de materiais (Onofre, 2004; Costa, 2008); a promoção da capacidade de organização e/ou reorganização das crianças na adaptação aos acontecimentos vividos (Onofre, 2003, 2004); a gestão de comunicação, a qual compreende cooperação, entreajuda, gestão de regras, contenção do agir, sentimento de autoeficácia (Costa, 2008), sensibilidades, conhecimentos (Onofre, 2004; Cruz & Lobo, 2005) e tolerância à frustração (Cruz & Lobo, 2005); a realização de diferentes atividades, com grande variedade de exploração dos materiais (Costa, 2017); e o reconhecimento ou desenvolvimento da capacidade para superar situações-problema, com o aparecimento de uma maior diversidade de adversidades (Costa, 2017; Onofre, 2004).

Em suma, a intervenção em grupo possibilita o desenvolvimento pessoal e social de cada criança do grupo (Onofre, 2004; Cruz & Lobo, 2005; Costa, 2008, 2017).

### **1.2.2.2 Jogo Livre/Espontâneo**

Antes de mais, o jogo, considerado como uma vivência prazerosa para a criança, através da exploração livre do espaço, onde são refletidas as características interpessoais da criança e o seu potencial imaginário e criativo, torna o movimento mais significativo (Martins, 2001a).

No desenvolvimento de uma criança, o jogo preferencial vai também sendo alterado. Fuentes (2005), tendo por base as conceções cognitivas de Piaget, apresenta quatro tipos de jogo: até os 2 anos, o único jogo procurado trata-se do chamado de exercício ou de ação, correspondente ao período sensório-motor definido por Piaget, no qual a criança explora o seu próprio corpo e os objetos, sem qualquer simbolismo; entre

os 2 e os 7 anos, relativo à fase pré-operatória, surge a permanência do objeto, o jogo preferencial é o simbólico ou faz de conta, através do qual a criança usa o seu corpo e os objetos para representar aspetos da realidade; entre os 7 e os 11 anos, correspondente ao período das operações concretas, é dado principal destaque ao jogo de regras simples, que se baseia num jogo que só se desenvolve adequadamente se os intervenientes tomarem conhecimento e respeitarem as regras, como no caso do jogo das escondidas; a partir dos 11 anos, relativo ao estágio das operações formais, o jogo mais procurado é o de regras complexas e que exige descentração. Para além disso, o jogo sensório-motor está presente em todas as idades mencionadas e aparece, a partir dos 2 anos, o jogo de construção, que consiste na utilização de objetos para a criação de algo, como acontece na construção de uma torre de blocos (Fuentes, 2005). De frisar que o jogo simbólico pode estar presente em qualquer um dos jogos referidos, à exceção do primeiro jogo procurado (Fuentes, 2005). A nível social, é a partir dos 4 anos que começam as interações com os pares para um objetivo comum, mas como jogo cooperativo, só é observado a partir dos 7 anos (Fuentes, 2005).

O jogo é utilizado na intervenção psicomotora, antes de mais, na observação da criança nos domínios motor, cognitivo, comunicativo-linguístico, social e emocional (APP, n.d.). Exemplificando, o jogo permite ao terapeuta a perceção das capacidades de relação da criança, não só referentes à adesão ou negação dos outros, mas também aos objetos (Fonseca, 2012). Para além disso, facilita o desenvolvimento da relação terapêutica e permite compreender a criança quando esta não possui capacidades para se expressar verbalmente, sendo, portanto, uma enorme ferramenta a nível terapêutico (Almeida, 2013). Através dele são revelados espontaneamente desejos inconscientes não percebidos e, por isso, ausentes de expressão através da palavra, no qual pelo agir são projetados conflitos e despertadas emoções (APP, n.d.; Martins, 2001a; Rodrigues & Marta, 1994).

Para Maximiano (2015), esta técnica destina-se, fundamentalmente, a crianças entre os 4 e os 10 anos, que necessitam de vivenciar as diferentes etapas do jogo simbólico e que não revelem problemas na distinção entre o real e o imaginário.

No que respeita à evolução de uma criança em psicomotricidade pelo jogo livre, habitualmente, numa primeira fase, apesar de uma postura de permissividade e aceitação das ideias de jogo por parte da psicomotricista, a criança apresenta dificuldades em investir espontaneamente, sendo necessárias algumas propostas de realização por parte do psicomotricista (Almeida, 2005). O prazer sensório-motor surge dos movimentos investidos, que proporcionam o aumento da consciência corporal e da regulação tónica,



assim como o acesso ao pensamento simbólico (Martins, 2001a). Com o aumento das possibilidades de conhecimento entre a criança e o psicomotricista, surge um vínculo seguro e de contenção, que dá lugar a vivências espontâneas e simbólicas, através das quais a criança expressa o seu mundo interior (Almeida, 2005).

Posto isto, neste âmbito, aparecem diferentes tipos de jogo: convencionais (Maximiano, 2015); funcionais/sensoriomotores (Aucouturier, 2010; Maximiano, 2015); de construção (Aucouturier, 2010; Maximiano, 2015), como a conceção de casas (Vecchiato, 1989); espontâneos (Vecchiato, 1989; Martins, 2001a; Costa, 2008; APP, n.d.), onde a emoção e o afeto estão presentes, por envolver sentimentos de interesse pelo outro, pertença e partilha (Costa, 2008); de imitação e papéis/simbólico (Aucouturier, 2010; Vecchiato, 1989; Costa, 2008), que envolvem realidade/fantasia, imagética e representação (Aucouturier, 2010; Costa, 2008), possibilitando a eliminação de conflitos ou medos e a antecipação das situações (Martins, 2001a); de oposição/competição, afirmação do Eu (Maximiano, 2015; Vecchiato, 1989); e de regras, importante ao nível da comunicação, socialização, colaboração (Vecchiato, 1989) e resistência à frustração (Rodrigues, Gamitio & Nascimento, 2001).

Particularmente, no jogo simbólico, a criança procura construir casas, portos seguros e de refúgio (Aucouturier, 2010; Maximiano, 2015; Vecchiato, 1989), reportando-se para a contenção do corpo materno, onde se recorre à utilização de objetos mediadores do contacto entre a criança e o terapeuta, sendo que os transicionais simbolizam a mãe, na sua ausência (Vecchiato, 1989). Também relacionado com estes aspetos, nestes jogos surgem atividades que incluem o “esconder” e o “aparecer”, a perseguição (Costa, 2008; Maximiano, 2015), o prazer de destruir (Aucouturier, 2010), a luta entre “bons” e “maus” (Costa, 2008), a morte simbólica – frequentemente ligada a questões agressivas, quer a nível destrutivo, repulsivo ou possessivo, à procura/afirmação de poder (Aucouturier, 2010; Vecchiato, 1989) – e ao cuidar e ser cuidado, como envolve a relação pai e filho (Costa, 2008). Nestes jogos, o comportamento e a ação dão vida aos desejos presentes no imaginário inconsciente (Onofre, 2004). As vivências anteriores são experienciadas e, perante a mediatização do terapeuta, as atitudes são compreendidas a nível não-verbal e verbal (Martins, 2001a). Através da sua expressão, surgem possibilidades nomeadamente ao nível da resolução de problemas e da autorregulação do comportamento (APP, n.d.).

No jogo, a organização e a perceção temporal estão presentes, não só na duração e ritmo do mesmo, mas na representação do tempo, ao nível do jogo simbólico, bem como a antecipação da imprevisibilidade dos comportamentos e das ações dos outros (Martins,



2001a), a capacidade de resolução de problemas, e, por conseguinte, o autoconhecimento, autocontrolo (Martins, 2001a) e a autorregulação comportamental (APP, n.d.).

Em suma, o jogo incide sobre os seguintes domínios da criança: psicomotor, ao nível dos fatores psicomotores, da utilização do próprio corpo com confiança; cognitivo, uma vez que permite a descoberta de experiências através da aplicação dos conhecimentos, dos erros e conquistas, estimulando a capacidade de resolução de problemas e a criatividade; social, dado possibilitar o contacto e o conhecimento dos outros intervenientes e a aprendizagem de regras comportamentais; e afetivo emocional, pois, por intermédio de uma expressão livre, estão presentes diversas emoções, as tensões são libertadas e as experiências negativas reelaboradas, promovendo uma gestão do comportamento e um equilíbrio psíquico (Landazabal, 2002).

### **1.2.2.3 Relaxação Terapêutica**

A relaxação terapêutica consiste num método de mediação corporal, cujo objetivo principal se centra na descontração neuromuscular e psíquica (Martins, 1990; Costa, 2008), através da associação entre a ação e a expressão emocional e cognitiva do indivíduo, proporcionando a regulação e a reorganização de emoções (Martins, 2001a).

Genericamente, este modelo apresenta como objetivos a reorganização do esquema e imagem corporais (EFP, 2016), a eliminação das tensões psíquicas, a melhoria da capacidade de autocontrolo e de autorregulação do tónus (Martins, 1990; Pereira, 2005) e dos ritmos corporais (Pereira, 2005), através da obtenção de um estado de calma psíquica (Martins, 1990). O principal foco da intervenção visa a descoberta por parte do sujeito do seu próprio corpo (EFP, 2016; Martins, 1990; Pereira, 2005), num investimento prazeroso sobre o mesmo (EFP, 2016).

O trabalho de consciencialização corporal é realizado, envolvendo as funções gnósicas e práxicas, pelo estabelecimento de relações espaciais entre os segmentos da consciencialização corporal, pela planificação do projeto postural para a ação e posterior regulação tónica na projeção do movimento (Bergès-Bounes, Bonnet, Ginoux, Pecarelo & Sironneau-Bernardeau, 2008), pela tomada de consciência da passagem do estado de contração à passividade (EFP, 2016) e pela promoção da delimitação e contenção do envelope corporal (EFP, 2016), e que pode, entre outros aspetos, remeter para vivências arcaicas e regressivas (Bergès-Bounes et al., 2008; Bergès-Bounes & Lauras-Petit, 2006; Martins, 2001a). Em relação a este último aspeto, através do contacto entre o terapeuta e a criança, a comunicação é desenvolvida e podemos evocar a relação precoce com a figura de vinculação (Bergès-Bounes et al., 2008) e que envolve as etapas de *holding* e

identificação sensoriomotora (Bergès-Bounes & Lauras-Petit, 2006; Martins, 2001a). Esta vivência de satisfação e segurança torna-se, muitas vezes, necessária para que se verifique uma transformação ao nível da autoconfiança e independência (Bergès-Bounes et al., 2008). Neste sentido, a consciencialização corporal suscita a modificação dos estados emocionais subjacentes a flutuações tónicas (Martins, 2001a).

As modificações tónicas, as posturas, os gestos, a mímica e os movimentos são reflexo da atividade do psiquismo (Martins, 1990,2001b; Maximiano, 2004) e o corpo constitui-se como o local onde são guardadas as memórias da vida pessoal (Martins, 2001a). Por outro lado, é através do corpo que o sujeito se manifesta (Martins, 1990,2001b; Maximiano, 2004). A modulação do tónus depende da relação do indivíduo com o envolvimento próximo e as pessoas com que contacta, influenciando a postura, a organização propriocetiva e o estado de orientação sensorial (Costa, 2008). A ligação entre a emoção e o tónus é realizada através dos sentimentos desencadeados pela relação entre o movimento e o sistema sensorial (EFP, 2016). Esta abordagem centrada entre outros aspetos no tónus, no diálogo tónico emocional e na proxémia, privilegia a relação terapêutica sustentada por uma comunicação assente no tónus, por intermédio da expressão dos contactos corporais, da voz (tonalidade, projeção e fluência), dos gestos, da respiração, da expressão facial e do ritmo interno (Maximiano, 2004). O processo de familiarização do sujeito com as suas oscilações tónicas, permite a consciencialização corporal e a identificação dos estados de tensão, culminando com a capacidade de autorregulação das crises tónicas com ligação a memórias da esfera emocional e a de reorganização do funcionamento psíquico (Martins, 1990, 2001b). Assim, o conhecimento do substrato tónico torna-se fundamental para o indivíduo integrar o espaço agido e representado (Martins, 2001a).

Ao nível da relaxação infantil e juvenil, a relaxação é indicada para disfunções musculares (e.g. problemas grafomotores, descoordenação motora e paratonias), problemas de regulação emocional e psicoafectiva (e.g. dificuldades de comunicação, instabilidade psicomotora, depressão, hiperexcitabilidade, agressividade, ansiedade e fobias), problemas psicossomáticos (e.g. problemas de eliminação, asma, alergias e sintomas gastrointestinais) e problemas psicóticos (Bergès-Bounes et al., 2008; Bergès-Bounes & Lauras-Petit, 2006). Exclusivamente, Bergés e Bounes (1985 cit in Martins, 1990), indicam a relaxação para os problemas da adolescência, por um lado, os crónicos, como os relacionados com a incapacidade de concentração, alterações do humor e inibição pública, e, por outro, os agudos, como angústia com dispneia, insónias, palpitações e dores musculares. De uma forma geral, a relaxação é dirigida a pessoas com conflitos não

mentalizados e gravados no corpo, uma vez que esta abordagem proporciona o ressurgimento dessas defesas tônico-motoras, numa intervenção centrada na consciencialização das sensações corporais (Martins, 2001a).

A avaliação, conforme Martins (2001a), deve, antes de mais, conter a anamnese do sujeito, de forma a se perceber o seu funcionamento ao nível da estruturação tónica e ritmicidade corporal. Maximiano (2004) destaca a necessidade de um processo de avaliação contínuo ao longo da intervenção e a inclusão, a par de escalas de caracterização da sintomatologia somática, de tópicos relativos ao perfil tónico, incluindo paratonias e sincinésias, ao ritmo, tonalidade, segurança e fluência do discurso, ao olhar (evitamento, desvios ou confronto), à expressão facial e ao desenho do corpo.

Os diversos métodos de relaxação, ao objetivar a consciencialização da vivência tónico-emocional (Martins, 2001a), assentam nas noções de tensão ligadas ao tônus muscular, através da experimentação de diferentes ações que promovem a contração ou descontração do tônus, envolvendo o tônus de repouso, o postural ou de atitude e o de suporte ou de ação (Martins, 1990). Estes métodos compreendem a atenção focada nas diferentes partes do corpo, nas partes do corpo em contacto (EFP, 2016), nas vibrações ou sonoridades corporais – como as auditivas, cardíacas, respiratórias e peristálticas (Onofre, 2004; Pereira, 2005), que estão associadas também aos nossos ritmos diários (Pereira, 2005) –, na visualização – a imagética é utilizada para induzir experiências corporais e psíquicas, como a visualização do calor proveniente de um sol interior espalhado a partir do estômago para todo o corpo (EFP, 2016) – e em diversos conceitos como tensão/descontração (EFP, 2016; Martins, 1990, 2001b; Onofre, 2004; Pereira, 2005), leve/pesado, mole/rijo (Onofre, 2004), ação/inação (Pereira, 2005), dentro/fora e interno/externo, associados à diferenciação entre o “eu” e o “não-eu” (Levin, 2009). Um outro elemento fundamental consiste na gestão da proxémia e da temporalidade dos processos tónicos no diálogo tónico emocional e que abrange os aspetos relacionados com a presença/ausência, proximidade/afastamento e o tipo de mobilização ou palpação (Martins, 2001a). Em relação ao contacto com o sujeito, este pode ser efetuado pelo toque direto – corpo a corpo –, indireto – através de objetos, podendo assumir uma função transitiva – ou pela automassagem – considerado o contacto menos intrusivo, e, consequentemente, que garante uma maior segurança e capacidade de autorregulação das tensões ansiosas decorrentes, fundamentalmente, na primeira fase do acompanhamento terapêutico (Maximiano, 2004). As estratégias e formas de intervenção devem ser estruturadas de acordo com as características de cada sujeito e os objetivos de

intervenção, sendo utilizada uma combinação de conceitos relativos a cada técnica (Maximiano, 2004).

Pelo princípio do prazer e da realidade corporal (Martins, 2001a), a partir do vivido e sentido, o indivíduo organiza esse seu sentir num corpo percebido, num processo de consciencialização corporal e, de forma progressiva, assiste-se a uma melhoria na capacidade de organização do pensamento e expressão tónico emocional por meios simbólicos (Onofre, 2004), pela ligação entre as sensações corporais e as representações decorrentes das experimentações (Martins, 2001a). Neste processo, o corpo do psicomotricista tem um papel importante no processo de confiança e identificação, através do espelho do corpo do outro, mas também no processo de diferenciação entre o “eu” e o “não-eu” (Levin, 2009).

Na relaxação, o plano verbal não é descurado, sendo também alvo de intervenção (Martins, 2001a; Maximiano, 2004). Uma inter-relação entre o movimento e a linguagem verbal é um aspeto crucial nas sessões, pois permite uma comunicação, informação, percepção, reflexão e exteriorização dos estados da consciência (Fonseca, 2012). A palavra constitui-se como um elemento antecipador de situações tónicas, que assegura a nomeação dos segmentos do corpo, que está relacionada com a construção de um espaço relacional securizante (Martins, 2001a). Para além disso, possibilita a associação simbólica às experiências (Maximiano, 2004) e, após as vivências corporais, a atribuição de significado pode ser realizada através da palavra (Martins, 2001a; Maximiano, 2004), pois o corpo, utilizado nos processos de auto e hétero conhecimento, está na base do surgimento do processo de consciencialização e, assim, da linguagem (EFP, 2016).

De forma particular, no contacto com um objeto, o sistema somatosensorial é ativado de diferentes formas: não só são despoletadas sensações nas partes do corpo em contato com o objeto e envolvidas no movimento responsável pela ação, como surgem sensações relativas às características do objeto em si; posteriormente, desencadeia-se uma resposta corporal associada ao valor emocional ligado ao objeto ou ao acontecimento (Damásio 1994 cit in Martins, 2001a). Deste modo, o corpo em ação resulta do processo de percepção do envolvimento à nossa volta e que gera representações (Damásio 1994 cit in Martins, 2001a).

Este tipo de intervenção pode ser realizado numa terapia individual ou em grupo. Bergès-Bounes e Lauras-Petit (2006) e Bergès-Bounes (2011) salientam aspetos positivos do desenvolvimento de relaxação junto de crianças em dinâmica de grupo. Em contexto de um para um, a criança pode sentir a pressão de relaxar, dado que o psicomotricista foca a

sua atenção e o olhar em si. Por sua vez, em grupo, existe um espaço de maior liberdade, conforto e poder sobre o seu próprio corpo, podendo observar os seus pares, imitá-los, identificar-se com o seu semelhante e ouvir as indicações do terapeuta aos outros.

## **2 Luto Infantil e Juvenil**

Este capítulo aborda o conceito de luto e os seus principais modelos de compreensão, focando-se nas particularidades associadas ao processo de luto infantil e juvenil, nos seus fatores de risco e de proteção associados, na sua análise numa perspetiva diagnóstica e, para findar, na terapia psicomotora relativa a este tema.

### **2.1 Definição e Principais Modelos de Compreensão do Luto**

Antes de mais, o luto pode ser definido como “(...) uma resposta adaptativa a uma experiência de perda de vínculo afetivo que desencadeia um complexo processo dinâmico balanceado de mudança e transformação que envolve dimensões físicas, psicológicas, comportamentais, espirituais e socioculturais da experiência humana” (Barbosa, 2016, p.1).

Barbosa (2016) começa por analisar os principais modelos de compreensão do luto, de abordagem psicanalítica, cognitiva, psicossocial, sociológico e sistémico familiar. De forma sucinta, a análise do processo de luto centra-se, à luz dos modelos psicanalíticos, nas relações afetivas, isto é, está intimamente relacionado com as relações precoces ou o tipo de vinculação, podendo também ser entendido como uma alteração no desenvolvimento psicossocial; conforme os modelos cognitivos, na incorporação/integração de padrões condicionados ou aprendidos, podendo-se observar uma dominância dos aspetos intrusivos do trauma ou um processo de *coping* que oscila entre a orientação para a perda e para a restauração; segundo os modelos psicossociais, nos rituais socioculturais ou nas expectativas normativas sociais; perante o modelo sociológico, nas influências culturais; e, de acordo com o modelo sistémico familiar, no funcionamento e apoio da família.

O modelo de tripla integração, de Barbosa (2016), acaba por incluir todos os modelos, na medida em que considera todas as dimensões da pessoa, ou seja, aspetos emocionais, psicológicos, físicos, sociais, intelectuais e espirituais para o processo de compreensão do luto. Este modelo apresenta três níveis de vivências de perda, com graus de intensidade e duração variáveis, aos quais correspondem três possíveis mecanismos adaptativos, evitamento, assimilação e acomodação: num nível intrapessoal, associada à

dor da perda, os mecanismos de adaptação, correspondem a entorpecimento (evitamento), dor emocional (assimilação) e reexperiência do prazer sem culpa e medo (acomodação); a um nível interpessoal, relacionado com a dor da ausência, as respostas passam pela procura, reexperiência de memórias relacionais e integração simbólicas, respetivamente; e num nível transpessoal, relativo à presença de uma dor de incerteza e existencial, os mecanismos detetados são a negação, o desespero e a reconstrução de significado, respetivamente.

Em todos os níveis, assiste-se a movimentos flutuantes que oscilam entre o contacto com a perda e o seu evitamento, como em caso de medo (contacto) e esperança (evitamento), denominada de polaridade dialética.

Para além destes níveis, considera três padrões de manifestações no processo de luto, constituídos por dois possíveis subpadrões, correspondendo, a cada um deles, funções e resultados favoráveis a um trabalho de luto integrado. Os padrões também apresentam manifestações típicas e todos estes elementos serão apresentados na tabela 2.1, frisando que, no caso das manifestações, são apenas revelados dois exemplos de cada tipo.

Tabela 2.1: Padrões de manifestações no processo de luto (Barbosa, A. (2016). Fazer o Luto. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

	Padrão I		Padrão II		Padrão III	
Mecanismo	Evitamento		Assimilação		Acomodação	
Subpadrões	Choque	Negação	Desorganização	Integração	Reformulação	Reorganização
Manifestações	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de choque, embotamento afetivo, entorpecimento, abatimento</li> <li>- Tensão (armadura), agitação corporal, nó garganta, náuseas, tremores</li> </ul>		<p>Afetivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor emocional (choro, oscilação do humor, tristeza, abandono, incerteza, tensão, agitação, Vazio, anseio, saudade, nostalgia)</li> <li>- Culpa auto/hétero dirigida, remorso, arrependimento</li> </ul> <p>Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupações e recordações recorrentes, ruminações, obsessões (se..., porquê...)</li> <li>- Reexperiências/memória hiperativada, medo de enlouquecer, de não se adaptar, de entrar em colapso</li> </ul> <p>Existenciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desespero (transitório)</li> <li>- Perda de interesse, finalidade, propósito, vontade</li> </ul> <p>Comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduta alterada (risco), visitas, rituais, acumulação de objetos, adições</li> <li>- Hiperatividade (manter-se ocupado, cuidar dos outros desproporcionalmente)</li> </ul> <p>Somáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefaleias, dores musculares, abdominais, articulares, mandibulares e outras</li> <li>- Tremores, agitação interna</li> </ul>		<p>Renúncia ao mundo “assumido”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer a perda (futuro não vivido)</li> <li>- Limitar papéis antigos (assuntos relacionais pendentes)</li> </ul> <p>Reajustamento ao “novo mundo”:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voltar ao trabalho</li> <li>- Adquirir novos papéis (aprendizagens funcionais)</li> </ul> <p>Reformulação identitária:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Redescoberta de significado (novo ideal de vida)</li> </ul> <p>Desenvolvimento de nova identidade (nova consciência de si e dos outros)</p>	
Funções	Anestesia	Proteção	Reconhecimento	Contacto	Transformação	Crescimento
Resultado	Estabilização	Segurança	Consciencialização	Mentalização	Maturação	Desenvolvimento

Particularmente no luto infantil e juvenil, diferenciando do adulto, a criança não sobrevive sem a presença persistente de uma figura de vinculação, necessitando, o mais breve possível, de um substituto que promova a segurança que precisa (Barbosa, 2016). Também, para além de revelar um menor entendimento sobre a morte, fica sujeita àquilo que o adulto partilha sobre a morte e a situação decorrente, mesmo com questionamentos da sua parte (Barbosa, 2016). Socialmente, a criança tem de brincar, não sendo facilmente



permitido que entristeça, quando se assiste a oscilações emocionais, comparativamente com os adultos, que tendem a apresentar um estado emocional estável (Barbosa, 2016).

O luto infantil tende a ser mais extenso, uma vez que, dependendo da idade da perda, em cada fase do seu desenvolvimento, o processo é reativado, nas quais o conceito de morte, considerado abstrato e complexo, vai sofrendo alterações, assim como as reações a essa perda também se manifestam de diferentes formas, como se observa na tabela 2.3 de Barbosa (2016), tendo por base a investigação de diversos autores. De frisar a influência de fatores externos (e.g. dinâmica familiar) e internos (e.g. desenvolvimento emocional) na resposta à perda de cada criança ou adolescente (Romano, 2017).

Tabela 2.2: Conceito de morte e reações à perda ao longo do desenvolvimento infantojuvenil (adaptado de Barbosa, A. (2016). *Fazer o Luto*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

Período da vida	Conceito de morte	Reações à perda
0-2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensação física</li> <li>- Separação/afastamento</li> <li>- Perda do conforto dos pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da atividade</li> <li>- Apatia</li> <li>- Perda de peso, fala, andar</li> <li>- Sono precário</li> <li>- Angústia generalizada</li> </ul>
2-6 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência/partida temporária/provisória</li> <li>- Reversibilidade (jogar às escondidas, não permanente, não inequívoca)</li> <li>- Não universalidade “não acredita que pode acontecer a ele próprio”</li> <li>- Imobilidade (forma de sono)</li> <li>- Poder ser causada pelos pensamentos (desejo que alguém desapareça)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medo de abandono</li> <li>- Birras</li> <li>- Perturbações alimentares, do sono, do controlo dos esfíncteres</li> </ul>
6-9 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morte personificada como personagem malvada e maléfica ou espírito (esqueleto, fantasma, escuridão, diabo)</li> <li>- Morte irreversível, finita e assustadora</li> <li>- Não universalidade</li> </ul> <p>Morte = punição; devida a causas externas (acidentes); 1º morte da atividade funcional e 2º morte da atividade cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medo de mutilação e lesão física</li> <li>- Fobias escolares</li> <li>- Medo sobre a morte e a segurança dos familiares</li> <li>- Comportamentos agressivos e destrutivos (principalmente nos rapazes)</li> <li>- Manifestações hipocondríacas</li> <li>- Ansiedade e depressão</li> <li>- Sensação de abandono (progenitor vivo em dor)</li> <li>- Estados de perturbação emocional: culpa, raiva, vergonha (devido à capacidade de se identificar com os outros)</li> </ul>
9-12 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morte finita e universal</li> <li>- Interesse na fisiologia e nos detalhes da morte</li> <li>- Morte percebida como devida a causas internas biológicas (doenças)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança de humor</li> <li>- Perturbações alimentares, de sono</li> <li>- Comportamentos impulsivos e/ou regressivos (perda de interesse nas atividades externas)</li> </ul>
12-18 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Morte finita e universal</li> <li>- Egocentrismo (sentir distanciamento da possibilidade da própria morte)</li> <li>- Capacidade de desenvolvimento de explicações de morte naturais, fisiológicas e teológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividades de alto risco (desafia melhor a sua própria mortalidade)</li> <li>- Rejeição dos rituais e do suporte adulto (sentimentos de incompreensão)</li> </ul>



- |  |
|--|
| - Reações emocionais fortes ou dificuldade em identificar e exprimir sentimentos |
|--|

## 2.2 Fatores de Risco e de Proteção

No que respeita aos fatores de risco associados ao desenvolvimento de complicações no processo de resolução do luto, tendo por base as dimensões definidas por Barbosa (2014b cit in Barbosa, 2016), podemos identificar fatores interpessoais, intrapessoais e situacionais.

Relativamente aos fatores de risco interpessoais, distinguem-se os centrados no objeto de perda e os focados na relação com o exterior. Os primeiros estão ligados aos seguintes tópicos: o grau de parentesco com o falecido, como perante a perda de um dos progenitores, da principal figura de vinculação, ou, mais especificamente, da mãe para raparigas com idade inferior a 11 anos e do pai para rapazes adolescentes, ou do irmão (Barbosa, 2016); e a qualidade da relação, com destaque na relação de dependência (APA, 2013; Barbosa, 2016; Romano, 2017), conflituosa, ambivalente, negligente ou de abuso com o falecido (Barbosa, 2016; Romano, 2017). Por sua vez, os centrados na relação com o exterior são relativos aos seguintes temas: o funcionamento familiar, como na presença de um ambiente instável, com uma nova relação ou casamento até um ano após a morte do falecido; e/ou relação negativa com o companheiro do progenitor sobrevivente e falta de suporte familiar (Barbosa, 2016); e o suporte social, como com os pares, perante rejeição ou incompreensão (Romano, 2017), e os adultos conhecidos, como em caso de estigma social associado ao tipo de morte, como num caso de homicídio (Barbosa, 2016; Romano, 2017).

Os fatores intrapessoais compreendem os seguintes pontos: as características sociodemográficas do enlutado, pois o género feminino constitui-se como um fator de risco genético e fisiológico aumentado (APA, 2013); os antecedentes psiquiátricos; a personalidade, nomeadamente *borderline* e dependente e com traços de baixa autoestima, negativismo e baixa tolerância ao stress (Barbosa, 2016); aos estilos de vinculação, fundamentalmente inseguro (Barbosa, 2016; Romano, 2017), desorganizado (Barbosa, 2016) ou ambivalente (Romano, 2017); experiências traumáticas prévias, perdas anteriores e separações precoces (Romano, 2017); os estilos de *coping*, como evitativo, de vitimização ou ruminativo; o locus de controlo externo; e anteriores dificuldades emocionais (Barbosa, 2016).

Os fatores situacionais dizem respeito aos seguintes aspetos: às circunstâncias da perda, como no caso de morte súbita ou traumática, como a decorrente de suicídio, acidente ou doença súbita, especialmente se a criança estiver presente no momento (Barbosa, 2016; Romano, 2017); à forma como a morte é comunicada e são partilhados às crianças os sentimentos e pensamentos em relação a essa perda e como são escolhidas as tarefas e o dia-a-dia nos momentos que se seguem à perda, sendo preditor de risco a não participação na preparação do funeral (Barbosa, 2016; de Broca, 2013; Romano, 2017); às condições do cuidador, nomeadamente em luto complicado ou com uma perturbação emocional (APA, 2013; Barbosa, 2016), com comportamentos de incompreensão, rejeição ou indiferença às reações da criança (Romano, 2017); aos stressores concorrentes e perdas secundárias, como no caso de mudança de casa, escola ou de comunidade, que é acompanhada por perda de amigos, professores e familiares (Barbosa, 2016; Romano, 2017).

Ainda de acrescentar, como aponta Simões (2012), quatro ou mais fatores de risco a ocorrem simultaneamente aumentam significativamente os problemas de internalização e de externalização.

Por outro lado, a capacidade de resiliência tem um efeito considerado no processo de luto. O modelo contextual de resiliência de adaptação ao luto de Sandler, Wolchik e Ayers (2007) defende a ideia de que o processo de adaptação à perda é modelado por fatores de risco e de proteção, quer ambientais quer intrapessoais. A utilização do termo resiliência deve-se ao destaque desta capacidade no processo de adaptação, o qual envolve trajetórias que incluem diferentes níveis de problemas (como problemas de saúde mental e físicos), de dor em relação à perda e de bem-estar (como a autoperceção de competências e a satisfação com a vida).

Os resultados do estudo de Lin, Sandler, Ayers, Wolchik e Luecken (2004) destacam que a resiliência nas crianças está associada a variáveis familiares: a ausência de problemas de saúde mental nos pais e níveis elevados de cuidado e disciplina, relativamente ao estilo parental. Por sua vez, as crianças resilientes consideraram menos ameaçadores os eventos negativos, perante os quais se sentiam com uma maior capacidade para lidar com o stress.

## **2.3 Diagnóstico**

A nível clínico, o estudo de Prigerson et al. (2009) propôs a inclusão da Perturbação de Luto Prolongado, com validade psicométrica dos critérios para esta perturbação, no

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V) ou e no 11th International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). Os seis critérios propostos são: perda de uma pessoa significativa; ansiedade de separação; sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, que exigem a ocorrência de pelo menos cinco dos nove sintomas, como confusão em relação ao seu próprio papel na vida, sensação de que já não sabe quem é (perceção que uma parte de si morreu) e dificuldade em aceitar a perda; tempo de 6 meses transcorrido desde a perda até ao diagnóstico; disfunção social e ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento; e a relação com outras perturbações do foro mental – os sintomas não se explicam melhor através da Perturbação Depressiva Major, Perturbação de Ansiedade ou Perturbação de Stress Pós-traumático.

Porém, ainda não é apresentada no DSM V como uma perturbação, mas este manual expõe uma proposta de incentivo a pesquisas futuras e à melhor compreensão das condições propostas por parte dos profissionais de saúde da área para a possível inclusão em próximas edições (APA, 2013).

Esta proposta é ligeiramente diferente da apresentada por Prigerson et al. (2009). A designação atribuída é Perturbação de Luto Complexo Persistente (APA, 2013), apontando para uma prevalência variável entre 2,4% a 4,8%, com maior incidência no género feminino (APA, 2013). O tempo considerado para um luto patológico é diferenciado para adultos e crianças, correspondendo, respetivamente, a 12 e 6 meses, após a perda (APA, 2013). Esta condição envolve uma saudade constante do falecido, especificando que, com as crianças pequenas, a sua expressão pode ser por intermédio das brincadeiras e do comportamento adotado, como aqueles que envolvam o ser separado de alguém e também a ligação a um cuidador ou outra figura de vinculação; um intenso pesar e dor emocional relativamente à perda; uma preocupação com o falecido ou com as circunstâncias da morte, expressa em crianças através, nomeadamente, de uma preocupação com a possível morte de outras pessoas próximas (APA, 2013). Para além destes critérios que só exige a verificação de um deles, também são necessários mais seis sintomas relacionados com o sofrimento reativo à morte, como evitar de forma excessiva lembranças da perda, ou com a perturbação social/da identidade, como a dificuldade em confiar noutras pessoas desde a perda, que, no total, perfazem 12 sintomas, seis de cada área (APA, 2013). Os restantes dois critérios exigem um prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou noutras áreas essenciais da vida do sujeito e uma resposta ao luto desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas e à idade da criança ou adulto (APA, 2013). Como características associadas, podem estar

presentes alucinações auditivas ou visuais com o falecido e queixas somáticas, como a nível digestivo, dor e fadiga, ou também queixas sentidas pelo falecido (APA, 2013). Nas crianças pequenas também se observa muita angústia de separação, sendo que, nas crianças mais velhas e nos adolescentes a angústia é essencialmente do tipo social/de identidade, com risco de depressão (APA, 2013).

Por outro lado, o diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado, tendo por base os critérios definidos por Prigerson et al. (2009), será incluído no ICD-11, no grupo das perturbações especificamente associadas ao stress, segundo Maercker et al. (2013), já se encontrando na plataforma de apresentação do manual (ICD-11, 2018).

De frisar que as diferenças, nomeadamente, ao nível da designação encontrada nas perturbações apresentadas revelam ser uma única entidade de diagnóstico (Maciejewski, Maercker, Boelen & Prigerson, 2016).

O conceito aqui abordado é complexo, no sentido em que, consoante a resposta face à perda, e aos fatores de risco e de proteção associados, o processo de luto pode ou não conduzir a lutos complicados –, ou seja, a um processo de luto com dificuldades em lidar com a perda –, ou mesmo a lutos psicopatológicos – isto é, a manifestações psicopatológicas – e que incluem a maior das classificações diagnósticas psiquiátricas vigentes (Barbosa, 2016). A estes aspetos ainda se juntam as comorbilidades, como descreve o DSM V, sendo as mais frequentes a Perturbação de Stress Pós-Traumático, principalmente decorrente de perdas traumáticas ou violentas, a Perturbação Depressiva Major e a perturbações por uso de substâncias (APA, 2013). Neste sentido, a imagem 2.1 representa a complexidade do conceito aqui abordado.

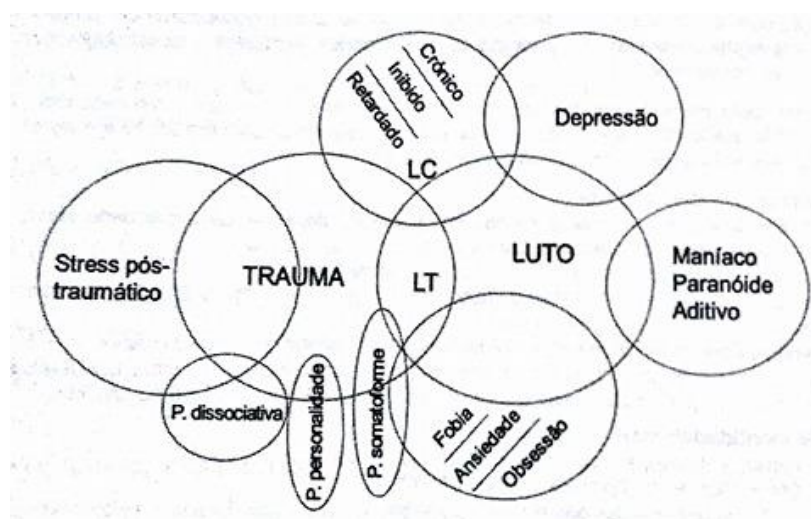


Figura 2.1: Conceito de Luto (Barbosa, A. (2016). Fazer o Luto. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa).

As siglas LT e LC correspondem aos conceitos de luto traumático e luto complicado, respetivamente. Das modalidades de complicações de luto, destacam-se o luto traumático, o inibido e o crónico. O luto traumático diz respeito ao confronto com a morte ou a sua ameaça, para o próprio ou outra pessoa, decorrente da exposição a uma situação traumática, como em casos inesperados e inexplicáveis. Por luto inibido entenda-se o evitamento do contacto com a dor da perda como uma resposta protetora face a essa dor e à possível fragmentação do próprio, onde se verifica um adiamento do processo de luto (retardado, adiado ou congelado), estando associado a grandes dificuldades de elaboração do pensamento e respetiva expressão. Para terminar, quando se assiste a um evitamento do reconhecimento da perda através de um diálogo interno com o falecido, cujo vínculo é sustentado no tempo por representações internas/externas da pessoa, podendo interferir com a própria identidade e ideias existenciais, o tipo de luto é crónico (Barbosa, 2016).

## **2.4 Terapia Psicomotora no Luto**

A propósito do luto traumático, o acontecimento negativo provoca uma grande intensidade de emoções, associadas a experiências corporais e que se podem traduzir em bloqueios físicos ou hiperatividade (Barbosa, 2016). Para Bergès-Bounes et al. (2008), o evento traumático é incontrolável e não simbolizado a nível psíquico. No sistema sensorio motor ficam armazenadas experiências sensoriais ligadas a diversos acontecimentos vividos, que, caso sejam emocionalmente negativos, podem ficar memórias corporais, na medida em que, em termos cognitivos, são difíceis de verbalizar ou aceder (Barbosa, 2016; Bergès-Bounes et al., 2008). Por outras palavras, o evento é repetido através das reações corporais aquando do momento traumático (Bergès-Bounes et al., 2008).

As vantagens centradas na intervenção corporal estão na base de respostas imediatas e inconscientes, comparando com a intervenção verbal, permitindo o acesso a memórias bloqueadas (Barbosa, 2016). Martins (2001b, p.96) salienta a estreita ligação entre o conceito de morte e a abordagem corporal: “falar do corpo é falar do efémero, ou seja, de uma entidade com um fim anunciado pela morte”. Para além disso, torna-se mais fácil e confortável falar sobre o luto através do corpo (Bugge, Haugstvedt, Røkholt, Darbyshire, & Helseth, 2012). Assim, podem beneficiar destas intervenções adolescentes enlutados hipertónicos e agitados (Bugge et al., 2012), com sinais corporais de ansiedade, incapazes de lidar com as suas emoções (Stang, 2016), com desinvestimento no prazer de pensar, através de uma postura ambivalente ou resistente em relação ao processo de luto (Farber, 2016), sem aderir a terapias verbais (Chan & Fong, 2016).

As intervenções não-verbais, nomeadamente o jogo terapêutico, facilitam a expressão de angústias e medos, através da realização da experiência de luto de forma simbólica, onde, de forma prazerosa, a perda é pensada e elaborada (Webb, 2003, 2011).

Numa outra vertente, com a observação de adolescentes enlutados hipertónicos e agitados (Bugge et al., 2012), a relaxação tem como intuito diminuir as tensões corporais e consequentemente psíquicas associadas ao estado de alerta decorrente da experiência traumática (Bergès-Bounes et al., 2008; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006), na qual, abordando vivências corporais que envolvem as intensas emoções sentidas, possibilita uma transformação positiva da experiência traumática (Bergès-Bounes et al., 2008). A intervenção centrada na consciência corporal, como identificam Bugge et al. (2012), permite criar uma maior sensibilidade a sinais corporais e, por conseguinte, fazer uma ligação aos comportamentos adotados e descobrir sensações e sentimentos subjacentes.

Assim, é utilizada precedentemente à exploração do evento traumático (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006; Stang, 2016), ao permitir reduzir a parte somática do trauma, sendo que, através do contacto entre o terapeuta e a criança, ajuda a criança a descobrir como se sente (Bergès-Bounes et al., 2008). Este método pode englobar técnicas de respiração (Bergès-Bounes et al., 2008; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006; Philpott, 2013; Stang, 2016), em que, por si só, o respirar tem uma forte ligação com o sentir-se vivo (Bergès-Bounes et al., 2008); a relaxação muscular progressiva (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006; Stang, 2016), focada em partes corporais específicas; a atividades que envolvam todo o corpo em movimento, com recurso a músicas significativas para as crianças ou bolhas de sabão; e a técnicas de visualização, como sensoriais (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006).

As dificuldades ao nível da relaxação nesta população são destacadas, pois, exemplificando, as visualizações relacionadas com lugares seguros e positivos podem remeter para situações com o falecido anteriormente sentidas como relaxantes, mas presentemente como angustiantes (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006).

Nesse sentido, um aspeto importante na intervenção centra-se na construção de ambientes securizantes, onde o terapeuta tem um papel fundamental (Bergès-Bounes et al., 2008; Philpott, 2013), sendo que as intervenções não-verbais facilitam a comunicação e o estabelecimento de relações positivas, de confiança, com as crianças (Hilliard, 2001; Philpott, 2013; Register & Hilliard, 2008; Webb, 2003).



A música, nas suas diversas técnicas (e.g. ouvir música, ouvir música e escrever, improvisação rítmica), é utilizada na intervenção com esta população por Hilliard (2001) e por Register e Hilliard (2008), incidindo sobre o comportamento e a expressão de emoções.

A utilização da dança e do movimento como intervenção clínica junto de crianças em luto é destacado por Philpott (2013). A dança e o movimento surgem como instrumentos de trabalho no grupo, com recurso ao próprio corpo e ao do outro, através de atividades de escultura ou marioneta, com a expressão de sentimentos de um espaço interno para um diálogo externo, ou de atividades de associação de movimentos a sensações e a experiências, as quais envolvem a capacidade de autorregulação; e a diferentes materiais, como lenços e paraquedas, nomeadamente com vista à contenção das crianças e jovens (Philpott, 2013).

De uma forma geral, os benefícios destas intervenções prendem-se com a diminuição de sintomas somáticos (Hilliard, 2001; Webb, 2003), comportamentais (Hilliard, 2001; Register & Hilliard, 2008; Webb, 2003), sociais (Register & Hilliard, 2008; Webb, 2003) e cognitivos (Hilliard, 2001; Register & Hilliard, 2008).

### **3 Enquadramento Institucional**

O espaço que se segue destina-se à apresentação do local de estágio do presente relatório: o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência (SPSMIA) do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN).

#### **3.1 Caracterização do Centro Hospitalar Lisboa Norte**

O Hospital de Santa Maria (HSM) faz parte, juntamente com o Hospital de Pulido Valente (HPV), do CHLN, desde 2008, pelo Decreto-Lei n.º 23/2008 de 8 de fevereiro, consistindo num estabelecimento público, geral e central do Serviço Nacional de Saúde, que, atualmente, tem no cargo de presidente do conselho de administração o Dr. Carlos José das Neves Martins (CHLN, n.d.b).

O CHLN, inserido na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, é responsável pela prestação direta de cuidados de saúde que abrange o Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) Lisboa Norte (CHLN, 2016). A sua área de influência direta corresponde à Unidade Setentrional de Lisboa, abrangendo as seguintes freguesias: Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Santa Clara e São Domingos de Benfica) (SNS, 2017). Porém, o seu atendimento disponibiliza os seus serviços, como referência

indireta, à zona sul do país e às Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, podendo estender-se ao resto do país e ao estrangeiro (CHLN, 2016)

No que respeita às suas especialidades, o CHLN é composto por 11 departamentos, que no total perfazem 44 serviços (CHLN, 2015; CHLN, 2016a). Especificamente, o SPSMIA, caracterizado de seguida, pertence ao Departamento de Pediatria (CHLN, n.d.c), na direção da Professora Doutora Maria do Céu Machado, mais recentemente da Professora Doutora Celeste Barreto, juntamente com os Serviços de Cirurgia Pediátrica, Genética, Neonatologia, Pediatria Médica e o Serviço Médico Cirúrgico de Cardiologia Pediátrica (CHLN, 2015; CHLN, 2016a).

Em relação à localização dos dois hospitais do CHLN, o HSM localiza-se na Avenida Professor Egas Moniz, 1649-035 Lisboa e o HPV na Alameda das Linhas de Torres, 1769-001 Lisboa (CHLN, n.d.a).

### **3.1.1 Missão, Valores e Visão**

Relativamente à missão do CHLN, esta engloba, por um lado, a prestação de cuidados de saúde ao cidadão, de acordo com a sua capacidade e responsabilidade, e, por outro, o ensino, a formação pré e pós-graduada, a inovação e o desenvolvimento científico e de investigação, fruto de uma estreita relação entre o centro hospitalar e uma instituição pública universitária (CHLN, 2016b).

Tendo em conta a sua missão, os valores e princípios do CHLN e os seus profissionais são os seguintes:

- a) Serviço público com primado no doente; b) Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e religiosa e pelos direitos dos doentes; c) Equidade do acesso a cuidados de saúde; d) Rigor, integridade e responsabilidade; e) Elevados padrões de humanização, de competência técnica e científica dos serviços prestados; f) Cultura institucional e espírito de equipa; g) Ambição e empenho na melhoria contínua da qualidade; h) Valorização, motivação e envolvimento dos profissionais; i) Desempenho e sustentabilidade; j) Responsabilidade social e ambiental; k) Respeito pelos princípios éticos e deontológicos na actividade assistencial, formação pré e pós graduada e investigação (CHLN, 2016b, p. 6).

A visão do CHLN passa pela qualidade e segurança dos atos clínicos praticados, a inovação dos seus processos de gestão, a notoriedade e competitividade nos serviços, a sustentabilidade e criação de valor da sua atividade, a capacidade para conquistar novas



competências e utentes, como através de um processo integrado de contratualização de serviços com o exterior e de internacionalização (CHLN, 2016b).

### **3.2 Caracterização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência**

A história desde serviço iniciou-se, em 2001, com a consulta de Pedopsiquiatria, sob coordenação da Doutora Teresa Cepêda, no Departamento de Pediatria (Costa, 2016).

Dez anos depois, em 2011, após uma reestruturação do Departamento de Pediatria, o serviço constitui-se como uma unidade autónoma, denominada Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (Costa, 2016). De unidade passou a serviço, em 2014, perante aprovação do Conselho de Administração do CHLN, com alteração do nome para SPSMIA, uma vez que passou a envolver, para além da especialidade de pedopsiquiatria, a psicologia, a enfermagem e a terapia ocupacional (Costa, 2016).

#### **3.2.1 População-Alvo**

A população-alvo do SPSMIA inclui crianças e adolescentes até aos 14 anos e 364 dias, nas seguintes condições: que pertençam aos ACES definidos pela rede de referência Hospitalar da Psiquiatria da Infância e da Adolescência – o ACES Lisboa Norte (Centros de Saúde de Alvalade, Benfica, Lumiar, Coração de Jesus e Sete Rios – concelhos), o ACES Oeste Norte (Centros de Saúde de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche - Concelhos de Alcobaça (em parte), Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche) e o ACES Oeste Sul (Centros de Saúde de Cadaval, Lourinhã, Sobral de Monte Agraço, Mafra (em parte) e Torres Vedras; que se encontrem internados no Departamento de Pediatria do HSM ou seguidos em consulta externa no Departamento de Pediatria por doença crónica, não havendo restrição de idade; e que sejam encaminhados para uma primeira consulta no CHLN de outros Centros de Saúde que não pertençam à Rede de Referência, de acordo com o interesse do utente – conforme o apresentado no Despacho n.º 5911-B/2016 (Costa, 2016).

#### **3.2.2 Equipa**

O SPSMIA possui um grupo de profissionais com diferentes formações: três médicas especialistas em Pedopsiquiatria (Costa, 2016), sendo a diretora do serviço a Doutora Teresa Goldschmidt (CHLN, n.d.d), sete Psicólogas Clínicas, uma Enfermeira especialista em Saúde Mental, uma Terapeuta Ocupacional, uma Assistente Social e uma Administrativa (Costa, 2016).

Para além disso, durante o período do estágio, a equipa foi ainda constituída por três médicas internas em formação específica de Pedopsiquiatria e quatro estagiárias de Psicologia (Costa, 2016). O presente estágio curricular no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora foi o primeiro a ser realizado.

### **3.2.3 Instalações**

O SPSMIA, inicialmente situado no HSM, desde outubro de 2015, tem a sua atividade dividida, mais concretamente, para além do polo já referido, também possui instalações no HPV (Costa, 2016). No entanto, entre meados de novembro de 2016 e janeiro de 2017, face à mudança de instalações no HPV, a atividade do Serviço ficou restrita às presentes no HSM (Costa, 2016).

No HSM, o serviço encontra-se instalado num pavilhão de consultas comum ao SPSMIA e à Unidade de Neurodesenvolvimento, sendo que a sala de espera e o anfiteatro (utilizado fundamentalmente para reuniões do serviço e de formação) são partilhadas pelos funcionários e crianças/jovens de ambos os espaços clínicos (Costa, 2016). O serviço é ainda composto por nove gabinetes de consulta individualizados (Costa, 2016).

No início de 2017, o SPSMIA passa para um pavilhão individualizado, partilhado com a Liga dos Amigos do HPV, remodelado especificamente para o serviço (Costa, 2016). Na sua constituição, apresenta quatro gabinetes de consulta individualizados, uma sala para sessões de terapia familiar e grupo de pais e duas salas com maiores dimensões, fundamentalmente usadas para as Terapias Expressivas e as intervenções de Terapia Ocupacional (Costa, 2016).

### **3.2.4 Atividades do Serviço**

As atividades do SPSMIA dividem-se, fundamentalmente, na atividade assistencial, e na articulação com outros Serviços/Unidades do Departamento de Pediatria e com estruturas na comunidade, como Centros de Saúde, escolas, entre outros (Costa, 2016).

A atividade assistencial do SPSMIA pode ser agrupada em quatro áreas distintas, com diferentes modalidades de funcionamento: consulta externa das diferentes especialidades, pedopsiquiatria forense, área de dia da infância e saúde mental de ligação em todos os setores do internamento pediátrico (Costa, 2016).

Em equipa, também se destaca a reunião clínica semanal destinada à abordagem de temas de interesse do Serviço e à discussão de casos clínicos de forma rotativa por todos os profissionais e a reunião de triagem, destinada à apresentação da anamnese

recolhida dos casos aquando do primeiro atendimento no Serviço, sendo, posteriormente, discutida a necessidade de seguimento no Serviço e, em caso afirmativo, decidida a melhor abordagem para cada caso (Costa, 2016).

O contacto com outras equipas do CHLN é realizado, nomeadamente, através do *Journal Club*, uma reunião semanal com a Unidade de Neurodesenvolvimento, onde são apresentados artigos científicos, assegurados alternadamente pelas duas equipas; e da sessão clínica semanal do Departamento de Pediatria, na qual os serviços, à vez, organizam apresentações para todo o Departamento (Costa, 2016).

A articulação com a comunidade abrange as reuniões multidisciplinares de consultoria e a articulação mais próxima entre os diferentes parceiros da comunidade (médicos de família, psicólogos, técnicos da Comissão e Proteção de Crianças e Jovens e professores dos agrupamentos escolares) e os profissionais do SPSMIA (Costa, 2016). Neste campo, destacam-se as reuniões com Centros de Saúde, destinadas à discussão dos casos que levantam dúvidas ou preocupações e a reflexões temáticas importantes para uma melhor prestação de cuidados de Saúde Mental, de uma forma articulada (Costa, 2016).

---

## **Realização da Prática Profissional**

---

## **1 Atividades de Estágio: Caracterização, Calendarização e Horário**

As atividades de estágio para além da intervenção psicomotora propriamente dita, envolveram o estabelecimento de relações com outros profissionais e com a comunidade.

Em relação à **intervenção psicomotora**, o estágio no HSM compreendeu atividades ao nível do planeamento de um programa de intervenção em grupo, o qual englobou componentes relacionadas com a avaliação psicomotora, a elaboração do perfil intraindividual e do respetivo plano terapêutico dos casos intervencionados. Estas atividades serão apresentadas nos próximos dois capítulos.

A **relação com outros profissionais** foi estabelecida com a observação das sessões de terapia ocupacional e das consultas de triagem com a enfermeira e a terapeuta ocupacional; com a conceção do programa de intervenção, já mencionado, desenvolvido conjuntamente com uma das psicólogas do serviço, o qual envolveu também a realização de consultas com as famílias; e com a participação em reuniões, não apenas do serviço, mas também, de forma particular, da Unidade de Neurodesenvolvimento e, em geral, do Departamento de Pediatria. Especificando a observação da terapia ocupacional, numa primeira fase, a mesma foi de carácter não participado, progredindo para uma observação participada, sendo realizadas algumas sessões de intervenção psicomotora com a presença da terapeuta ocupacional.

Para terminar, o **contacto com a comunidade** foi realizado, por um lado, junto da comunidade escolar, com a presença em reuniões com professores de casos acompanhados pela terapeuta ocupacional e, por outro, na comunidade profissional, por intermédio de formações e divulgação das atividades de estágio em congressos/cursos/jornadas, detalhadas no capítulo 4.

Quanto à **calendarização das atividades**, estas iniciaram a 28 de setembro com as reuniões do núcleo de estágio, sendo que, no SPSMIA, decorreram de 2 de novembro de 2016 a 31 de julho de 2017. Outras atividades complementares associadas ao trabalho desenvolvido no hospital estenderam-se pelos meses de outubro e novembro, como se pode observar na tabela 1.1.

Tabela 1.1: Calendarização das Atividades

Atividades de Estágio	2016				2017								
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abril	Mai	Jun	Jul	Out	Nov
Reuniões do núcleo de estágio													
Integração na equipa													
Observação das sessões de Terapia Ocupacional													
Reuniões na escola													
Intervenção Psicomotora													
Formações													
Apresentações no HSM													
Apresentações em congressos/cursos/jornadas													

Em relação ao **horário** no contexto hospitalar, os meses entre novembro e janeiro, inclusive, foram destinados à observação das sessões de terapia ocupacional (42 horas), à participação no *Journal Club*, na reunião clínica, na reunião de triagem e, por vezes, na sessão clínica semanal do Departamento de Pediatria (às quartas entre as 9h00 e as 13h00). Com a mudança de instalações e por ausência de espaço disponível à realização de sessões, de novembro a janeiro, apenas se manteve o horário relativo às reuniões às quartas, sendo o restante horário definido de acordo com as reuniões em escolas e com as consultas de triagem observadas.

No final do mês de janeiro, com o novo polo no HPV, foi retomado o horário de observação participada nas sessões de terapia ocupacional, inicialmente às segundas à tarde (das 14h00 às 17h30), às terças e quintas (das 8h00 às 15h30) e às sextas (das 9h00 às 13h00). A partir dessa altura, com reuniões com uma das psicólogas do serviço no planeamento do programa de intervenção, iniciaram-se as intervenções autónomas. As avaliações iniciais e individuais foram realizadas no horário anteriormente referido, passando as sextas-feiras, a serem exclusivas ao programa de intervenção em grupo, estendendo-se até às 16h00. Com vista ao ajuste do horário, o relativo a segunda foi suprimido.

As reuniões no HSM às quartas de manhã foram mantidas até ao final do mês de maio, altura em que ficaram indisponíveis as instalações nesse polo. Esse mesmo horário, em junho, passou a ser destinado à observação participada nas sessões de terapia ocupacional, sendo que, em julho, as reuniões clínicas da equipa foram iniciadas no novo polo às sextas (9h00 às 10h30).

## **2 Programa de Intervenção no Luto**

A caracterização do programa de intervenção em grupo junto de crianças e adolescentes enlutados compreende a descrição da população atendida, dos procedimentos efetuados, dos objetivos e modelos de intervenção privilegiados, da sessão tipo e do contexto físico, dos instrumentos de avaliação selecionados e dos resultados da intervenção.

Quanto ao número de sessões realizadas, inicialmente, estava previsto que a intervenção, nos dois grupos, consistisse em 10 sessões semanais, cada uma com a duração de duas horas, correspondendo a primeira hora à terapia psicológica, com foco principal na arteterapia, e a segunda à terapia psicomotora. Este número de sessões é partilhado pelos estudos na área (Hilliard, 2001; Perschy; 2004; Register & Hilliard, 2008; Rosner, Kruse & Hagl, 2010; Webb, 2003). Perante algumas dificuldades de certos elementos em terminar a intervenção, no primeiro grupo formado, daqui em diante, denominado de grupo I, foram ainda realizadas mais duas sessões e no grupo II mais uma.

Em relação ao horário e à duração do programa, a intervenção com o grupo I decorreu às sextas-feiras, das 10h00 às 12h00, entre 3 de fevereiro e 19 de maio e com o grupo II às sextas-feiras, das 14h00 às 16h00, entre 17 de março e 30 de junho.

### **2.1 Caracterização da População Atendida**

Os dois grupos constituem uma amostra não aleatória por conveniência do SPSMIA do Hospital de Santa Maria e que já se encontravam em acompanhamento psicológico em Terapia de Luto antes do período de estágio.

Quanto aos critérios de inclusão nos grupos, todas as crianças e jovens tinham vivenciado uma perda significativa nas suas vidas, com repercussões negativas numa ou mais áreas do seu desenvolvimento (pessoal, familiar e escolar), dificuldades importantes na gestão do sofrimento (e.g. níveis de ansiedade elevados, suporte sociofamiliar menos eficaz) e dificuldades em evoluir em contexto de terapia individual. Os critérios de exclusão prenderam-se com a indisponibilidade parental, associada à participação e assiduidade dos seus filhos às sessões e que podia comprometer a evolução do próprio e do respetivo grupo, e a rejeição da própria criança. Posteriormente, os participantes foram organizados em dois grupos, tendo, fundamentalmente, como critério principal as respetivas idades.

O grupo I foi, inicialmente, composto pelo Augusto, o Tiago, a Sofia e o Rodrigo, encontrando-se, na tabela 2.1, uma breve caracterização do grupo. Após três sessões, o Augusto foi incluído no grupo II, das crianças entre os 7 e os 10 anos, uma vez que, apesar

de grandes capacidades cognitivas e linguísticas, os comportamentos e ações enquadravam-se nos elementos do grupo II, sendo, por isso, descrito na tabela nesse grupo. Por sua vez, a Roberta, após duas sessões, devido a dificuldades parentais, abandonou a intervenção. De salientar que os nomes das crianças e adolescentes são fictícios, de forma a garantir questões de anonimato.

Tabela 2.1: Breve Calendarização dos Grupos I e II.

Grupo	Nome	Data de Nascimento	Idade (anos)	Ano de Escolaridade	Perda	Tipo de Perda	Motivo de Encaminhamento para Terapia Psicomotora
I	Tiago	13/03/2003	13	8º	Avó	Processo de luto muito recente, aparentemente típico	Rigidez corporal, ansiedade, gaguez
	Sofia	11/03/2003	13	7º	Pai	Luto traumático	Agitação psicomotora, dificuldades de mentalização com desinvestimento no prazer de pensar (evitamento constante), crises de pânico
	Rodrigo	18/07/2002	14	8º	Pais biológicos (por adoção)	Luto inibido	Agitação psicomotora, impulsividade, comportamentos agressivos, dificuldades de expressão
II	Roberta	05/04/2009	7	2º	Avó	Luto inibido	Inibição psicomotora, tensão corporal, dificuldades de expressão e comunicação
	Maria	10/12/2007	9	3º	Pai	Luto traumático	Somatizações, ansiedade, dificuldades de expressão, agitação psicomotora
	Augusto	30/11/2006	10	4º	Pai	Luto Inibido	Agitação psicomotora, tiques faciais e gaguez associada a ansiedade, impulsividade e somatizações
	Martim	09/06/2006	10	4º	Mãe	Processo de luto muito recente, aparentemente típico	Inibição psicomotora, dificuldades de expressão e comunicação

## 2.2 Procedimentos

Relativamente aos **procedimentos antecedentes** às sessões de grupo, através do vínculo anterior com a psicóloga, foram explicados os objetivos, a duração e o horário da intervenção aos pais e às respetivas crianças e jovens, de forma a decidirem conjuntamente se pretendiam realizar esta intervenção em grupo. Também foram distribuídos aos próprios, respetivas famílias e professores os instrumentos de avaliação selecionados para a avaliação do perfil psicológico e psicomotor das crianças e da eficácia da intervenção em ambos os grupos. No grupo I, foram realizadas duas sessões individuais com o Tiago e o Rodrigo e apenas uma com a Sofia de avaliação psicomotora e para conhecimento dos elementos do grupo. Já no grupo II, apenas foi possível realizar uma sessão com a Maria e o Augusto, não tendo sido realizada qualquer sessão com o Martim, por dificuldades parentais.



Por sua vez, os **procedimentos posteriores** à intervenção consistiram na aplicação dos mesmos instrumentos, bem como foi explicado o interesse em apresentar a intervenção junto da comunidade profissional e científica, sendo nesse sentido apresentado um consentimento informado para se garantir o anonimato dos casos. Em ambos os grupos, também foi realizada uma sessão individual com cada um para aplicação dos instrumentos de avaliação psicomotora. À semelhança do verificado no início da intervenção, não foi concretizada a sessão individual com o Martim.

No decorrer das sessões, também foram realizadas reuniões com os pais, antes ou depois das sessões com o grupo, sempre que os mesmos as solicitavam ou por parte das profissionais, caso se justificasse, de formar a analisar alguns comportamentos, ações, atitudes ou alterações reveladas em sessão e perceber as influências da intervenção nos vários contextos dos filhos.

### **2.3 Objetivos e Modelos de Intervenção**

Os objetivos gerais desta intervenção, em ambos os grupos, foram os seguintes: promover a integração plena da experiência de perda; permitir a expansão de canais de expressão da dor; atingir níveis de autoconhecimento que permitam antever situações mais ansiogénicas e encontrar estratégias mais eficazes para as enfrentar; promover respostas mais adaptativas face ao sofrimento; aumentar o repertório expressivo (narrativas, expressão verbal e não-verbal); e compensar uma problemática situada na convergência do psiquismo e do somático, incidindo sobre as diversas impressões e expressões corporais, o diálogo tónico-emocional e os significados simbólicos da ação.

No caso específico da terapia psicomotora, no grupo I, os objetivos passaram por: promover a consciencialização dos estados tónicos e regulação tónica, promover a tomada de consciência corporal e a sua aceitação, fomentar o desenvolvimento da capacidade expressiva e criativa e a espontaneidade, promover a expressão da agressividade/angústia contida e estimular a capacidade representativa e simbólica.

Relativamente ao grupo II, os objetivos foram os seguintes: promover a expressão simbólica; estimular a regulação tónico emocional; aumentar a capacidade expressiva, criativa e a espontaneidade; e melhorar a adequabilidade na relação com o outro/competências sociais.

No que respeita aos modelos de intervenção, centrados numa abordagem relacional e afetiva, as sessões, no grupo I, basearam-se, fundamentalmente, em

atividades de relaxação e de consciência corporal e, no caso do grupo II, em atividades lúdicas e de relaxação.

## 2.4 Sessão Tipo

As sessões individuais de terapia psicomotora tiveram a duração de cerca de quarenta e cinco minutos, como também aponta Costa (2008), e as sessões em grupo de uma hora, como desenvolvido na Área de Dia da Clínica do Parque, pertencente ao Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil, do Hospital Dona Estefânia (Carreira & Correia, 2005).

Relativamente à estruturação das sessões, como as mesmas revelaram um privilégio da incidência relacional, não apresentavam um planeamento formal e rigoroso, como apontado no enquadramento teórico, dando espaço à expressão das crianças e dos adolescentes. Porém, estavam constituídas por uma organização base que se apoiou nos seguintes momentos, revelados através da tabela 2.2.

Tabela 2.2: Esquema da Sessão-Tipo

Grupo I		Grupo II	
Atividades	Duração (minutos)	Atividades	Duração (minutos)
Ritual de entrada	5	Ritual de entrada	5
Conversa inicial	5	Conversa inicial	5
Esquema de tensões inicial	10	Corpo da sessão	30
Corpo da sessão	25	Atividades de relaxação	10
Esquema de tensões final	10	Conversa final	5
Conversa final	5	Ritual de saída	5
Ritual de saída	5		

A existência de uma estrutura na sessão tem como principal objetivo a promoção de um sentimento de segurança na criança e no adolescente, associado ao conhecimento prévio das fases da sessão e à possibilidade de gestão do tempo da sessão, que ajuda a organizar o pensamento (Costa, 2017).

O **ritual de entrada** consistia na ação de descalçar os sapatos, seguida, do calçar das meias antiderrapantes, assim que se entrava na sala. No grupo I, também surgiu a realização simultânea de gestos de cada elemento, definidos pelos próprios, incluindo a psicomotricista, como cumprimento no início e no final da sessão, após a saída do Augusto para o grupo II, pois como destaca Perschy (2004), é necessário trabalhar sobre a despedida de um elemento do grupo, nomeadamente através de uma atividade. Assim, este ritual apresentou-se como uma forma para lidar com a perda, mantendo presente no grupo este elemento, mesmo com a sua ausência física, como quando fazemos um ritual

praticado com o ente falecido para nos ajudar a conectar com essa pessoa (Perschy, 2004). Estes rituais não só contribuem para a delimitação mais concreta do espaço da sessão e do espaço exterior à sessão, como também para o estabelecimento da relação terapêutica e de um sentimento de pertença.

No que respeita à **conversa inicial**, esta foi realizada sempre no mesmo local da sala, sendo dado espaço a cada criança/adolescente a partilhas relacionadas com acontecimentos ocorridos durante a semana e o presente dia. Posteriormente, era realizada uma retrospeção relativa às atividades realizadas na sessão anterior, com o intuito de proporcionar um sentimento de continuidade ao longo das sessões (Aucouturier, 2010), para além das sessões em que as atividades se mantinham ou evoluíam de uma sessão para a outra; de rechamar, em muitas situações, atividades já planeadas na semana anterior; e de perceber por parte da psicomotricista, o que foi mais significativo para a criança/adolescente. A parte final da conversa, no grupo II, consistia na escolha da/s atividade/s a realizar, sempre que possível, proposta/s por uma ou mais crianças, sendo reforçada a ideia de que todas elas necessitam de chegar a um consenso, de forma a investirem plenamente no momento destinado à/s mesma/s. Estas atividades também podiam ser sugeridas pela psicomotricista (e.g. por não se verificar qualquer proposta partilhada pelos elementos do grupo), ou por ambas as partes (e.g. no sentido de criar variantes à atividade definida pelo grupo de crianças). A decisão final podia passar pela realização de várias atividades, de carácter livre, em que cada criança decidia o que fazer, perante a falta de unanimidade.

Exclusivamente presente no grupo I, precedeu-se à aplicação do **Esquema de Tensões**, no momento que antecedia e precedia à realização das atividades. Neste momento, era realizado um scan corporal, seguido do preenchimento da ficha do instrumento, com partilha e conversa em grupo sobre a perceção das tensões corporais.

Em relação ao **corpo da sessão/parte fundamental**, as atividades desenvolvidas foram distintas em cada grupo. No primeiro, à semelhança do verificado no trabalho de Perschy (2004), a proposta das atividades partiu, fundamentalmente, por parte da psicomotricista, dada a idade e o perfil dos adolescentes, que se apresentavam muito inibidos e com dificuldades ao nível da espontaneidade e criatividade. Numa fase mais avançada, foram observadas solicitações de atividades propostas pelos adolescentes. As atividades planeadas foram estruturadas tendo em conta os seus interesses e os objetivos terapêuticos estabelecidos, sendo, fundamentalmente, centradas, no grupo I, em atividades de relaxação e de consciencialização corporal. No grupo II, deu-se primazia a

momentos de exploração espontânea do espaço, dos materiais e das relações entre os elementos do grupo e a psicomotricista. As atividades incidiram, essencialmente, nos jogos de construção e simbólicos.

As **atividades de relaxação** no grupo II, após o momento anteriormente abordado, pretendiam, por um lado, reduzir a ativação corporal e, por outro, promover a consciencialização corporal e a vivência tonicoemocional e, posteriormente, a autorregulação da criança.

A **conversa final** apresentou características diferentes, quando comparados os grupos desenvolvidos: no primeiro, as vivências corporais eram alvo de uma análise reflexiva, com o proporcionar a expressão entre o vivido e o sentido, não só através da palavra, mas também de desenhos e/ou de movimentos, o que permite a descoberta dos meios mais facilitadores de expressão; e no segundo, o diálogo ocorria quando, sobretudo, surgiam partilhas espontâneas, após a realização da atividade de relaxação, relativas a comportamentos e/ou atitudes reveladas durante a sessão, de situações exteriores à sessão ou preocupações que estão, intimamente, relacionadas com as vivências tonicoemocionais.

O **ritual final** envolvia a arrumação dos materiais da sala, o ato de calçar os sapatos e, no caso do grupo I, a realização do cumprimento estabelecido.

## **2.5 Caracterização do Contexto Físico e dos Materiais de Intervenção**

As sessões de terapia psicomotora com a população atendida, bem como as reuniões com os seus pais, decorreram, fundamentalmente, nos dois espaços de maior dimensão, tendo em conta a disponibilidade das mesmas:

- **Sala I:** espaço amplo com grande incidência de luz natural, utilizado para algumas sessões do grupo I e para todas as do grupo II. Este espaço apresenta-se com uma grande variedade de materiais, sendo privilegiada a área livre circundada por um quadro, uma pequena mesa, dois espaldares, colchões de diferentes espessuras e tamanhos, arcos, bolas com variadas texturas e tamanhos, material de construção em espuma com diferentes formas e cores e um espelho de grandes dimensões.
- **Sala II:** espaço amplo com luz natural, composto por algumas mesas e cadeiras, um armário fundamentalmente destinado a sessões de arteterapia e expressão plástica (tintas, plasticina e cartolinas). Nesta sala, foram realizadas a maioria das sessões com o grupo I, nas quais parte do material utilizado foi cedido da sala I (colchões e bolas

suíças), sendo o restante pertencente à própria terapeuta (mantas, lenços, bolas de pequenas dimensões, papel de cenário, cordas e pincéis).

Os espaços descritos, bem como o tipo de materiais existentes são os apontados por autores como Aucouturier (2010), Costa (2008) e Vecchiato (1989, 2003) nas sessões de terapia psicomotora, no âmbito em questão.

Algumas sessões individuais de avaliação foram realizadas na sala de terapia familiar, por indisponibilidade das salas supracitadas, constituindo-se de maiores dimensões em relação às restantes salas de consulta individual.

## 2.6 Instrumentos de Avaliação

As avaliações inicial e final, que envolveram a participação dos próprios, respetivas famílias e professores, basearam-se nos instrumentos apresentados, em seguida, na tabela 2.3, à exceção do primeiro anunciado, aplicado exclusivamente inicialmente.

Tabela 2.3: Instrumentos de Avaliação utilizados nos Grupos I e II.

Grupo	Instrumentos
I e II	<p>Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (traduzido do Prolong Grief Disorder – PG-13 – por Delalibera, 2010, de Prigerson et al., 2007)</p> <p>Escala de Conners para Pais e Professores – Versão Revista (traduzida e adaptada do Conners 3 por Rodrigues, 2000, de Conners, 1997)</p> <p>Screen for Child Anxiety Related Disorders para Pais e o Próprio (traduzido e adaptado por Pereira &amp; Barros, 2010, de Muris et al., 1999)</p> <p>Strengths and Difficulties Questionnaire para Pais, Professores e para o Próprio (traduzido e adaptado por Fletlich, Loureiro, Fonseca &amp; Gaspar, 2005, de Goodman, 2001)</p> <p>Ecomapa (Brandão, 1998)</p> <p>Desenho de uma Pessoa (traduzido de Draw a Person por Neopraxis, DEER, Cabral &amp; Sousa, n.d. de Naglieri, 1988)</p> <p>Grelha de Observação do Comportamento (Martins, 2017)</p>
I	<p>Bateria Psicomotora: Tonicidade – paratonias e passividade (Fonseca, 1975)</p> <p>Esquema de Tensões (Martins, n.d.)</p>
II	<p>Behavior Assessment System for Children I para Pais, Professores e para o Próprio (traduzido e adaptado por Carreto, Guimarães, Lourenço, Martins &amp; Santos, 2001, de Reynolds &amp; Kamphaus, 1992)</p>

Seguidamente caracterizados, os instrumentos aplicados foram utilizados com o intuito de avaliar, por um lado, as características e necessidades das crianças e adolescentes e, simultaneamente, o programa de intervenção. A análise dos resultados obtidos foi realizada com referência a critério, uma vez que a maioria dos instrumentos não se encontram validados para a população portuguesa.

### **2.6.1 Escala de Conners – Versão Reduzida** (traduzida e adaptada do Conners 3 por Rodrigues, 2003, de Conners, 1997)

A Escala de Conners – Versão Revista (Forma Reduzida), proposta em 1997, avaliar os problemas de comportamentos relacionados com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, em crianças e adolescentes dos 3 aos 17 anos (Rodrigues, 2003). Este instrumento foi traduzido e adaptado por Ana Rodrigues, em 2003, tendo sido validado para a população portuguesa para crianças dos 6 aos 11 anos (Rodrigues, 2003).

No que concerne à sua constituição, a escala apresenta duas versões, uma para pais (com 27 itens) e outra para professores (com 26 itens), que se caracterizam por quatro subescalas: Problemas de Oposição, Problemas de Desatenção/Cognitivos, Problemas de Excesso de Actividade Motora e o Índice da Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (Rodrigues, 2003).

Ao nível da cotação, a frequência com que são observados os comportamentos, no último mês de vida do avaliado, é registada através da escala tipo Likert de 4 níveis: “nunca” (0), “um pouco” (1), “frequentemente” (2) e “muito frequentemente” (3). Posteriormente, é efetuado o somatório da pontuação atribuída nos itens de cada subescala (Rodrigues, 2003).

Relativamente à interpretação dos resultados, os problemas referidos nas subescalas serão tanto maiores, quanto mais elevados os resultados obtidos. Para além disso, no caso na população portuguesa, com a existência de valores normativos, com base no género e na idade da criança, faz-se corresponder os valores brutos obtidos em pontuações T e o percentil correspondente (Rodrigues, 2003). No estágio, também foi aplicada a adolescentes entre os 13 e os 14 anos, sendo, nestes casos, calculada uma percentagem que compara os valores brutos obtidos e o valor máximo possível.

Este instrumento foi selecionado para avaliação e compreensão da agitação psicomotora, visível em algumas das crianças do grupo, tendo por base os comportamentos observáveis nos dois principais contextos de vida da população atendida, o envolvimento familiar e escolar.

### **2.6.2 Strengths and Difficulties Questionnaire** (traduzido e adaptado por Fletlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2005, de Goodman, 2001)

O Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) avalia o ajustamento psicológico de crianças e adolescentes entre os 2 e os 17 anos, tendo sido traduzido e adaptado por Bacy Fletlich, Mario Jorge Loureiro, Antonio Fonseca e Filomena Gaspar, em 2005, da versão original de Goodman, em 1997 (What is the SDQ?, 2012; Portuguese (Portugal), 2014).

Relativamente à sua constituição, este instrumento apresenta cinco versões diferentes, cuja distinção é efetuada através do responsável pelo preenchimento e da idade do avaliado: quatro questionários de heteroavaliação, preenchidos pelos pais e professores, para crianças entre os 2 e os 4 anos ou entre os 4 e os 17 anos; e uma versão de autoavaliação para os indivíduos entre os 11 e os 17 anos (What is the SDQ?, 2012; Portuguese (Portugal), 2014). O SDQ consiste em 25 itens, associados a características positivas e negativas, organizados em cinco escalas, cada uma composta por cinco itens: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Défice de Atenção, Problemas de Relacionamento com os Colegas e Comportamento Prosocial (Portuguese (Portugal), 2014). Os 20 itens associados às primeiras quatro escalas referidas constituem o total de dificuldades. Para além disso, também apresenta o suplemento de impacto, composto por cinco questões, relativas à recolha de informação adicional acerca das limitações no funcionamento e do impacto dos seus problemas em diferentes contextos (casa, escola, com os amigos e nos tempos livres – What is the SDQ?, 2012; Portuguese (Portugal), 2014).

No que respeita à sua cotação, as escalas são avaliadas entre 0 e 2 pontos, através da escala tipo Likert de 3 níveis (“não é muito verdade”, “é pouco verdade”, “é muito verdade”), cuja atribuição depende da formulação do item, ou seja, da característica apresentada ser positiva ou negativa. A mesma pontuação é atribuída ao suplemento de impacto que apresenta 4 níveis: nada (0), pouco (0), muito (1) e muitíssimo (2 – Portuguese (Portugal), 2014).

De acordo com as pontuações obtidas, podemos caracterizar os resultados como “normal”, “limítrofe” e “anormal” e cuja definição varia nas diferentes versões (Portuguese (Portugal), 2014). No entanto, esta interpretação é realizada de acordo com as normas inglesas (Portuguese (Portugal), 2014). Ainda assim, os estudos portugueses contribuíram para a evidência da confiança e validade do instrumento (Marzocchi et al., 2004).

Este instrumento foi escolhido por auxiliar no processo de identificação de capacidades e dificuldades nos casos acompanhados em diversas áreas e pelo respetivo impacto nos diversos meios onde se inserem.

### **2.6.3 Ecomapa** (Brandão, 1998)

O ecomapa consiste num instrumento qualitativo que assenta numa representação gráfica dos recursos familiares e que se baseia no modelo ecológico de Bronfenbrenner



(McCormick Stricklin, Nowak, & Rous, 2008), tendo sido utilizada a versão de Brandão (1998).

O principal objetivo deste instrumento passa por identificar a rede social das famílias, percebendo qual é a relação do elemento da família que se encontra a preenchê-lo com as pessoas com que convive, a par de compreender as redes de apoio sociais envolvidas, fornecendo uma visão ecológica e sistémica da pessoa (Souza & Kantorski, 2009).

Na sua constituição, o ecomapa de Brandão (1998) é formado por três círculos concêntricos de raios crescentes: o círculo central, onde é representada a família nuclear, ou seja, as pessoas que vivem no agregado familiar; o círculo intermédio, no qual são identificadas as redes de apoio informal e que pode envolver a família alargada, amigos, vizinhos, trabalho e grupos sociais (como igrejas); e o círculo distal que diz respeito à apresentação de redes de apoio formal, associadas a serviços da comunidade, como creche, escolas, unidades de saúde e atividades recreativas e de lazer. As redes reconhecidas são apontadas sempre em relação ao elemento que preenche o instrumento, que é destacado com o desenho de uma estrela em redor da sua representação. Em cada círculo, são caracterizadas as relações estabelecidas com os apoios/redes destacados, de acordo com três tipos de linha: linha reta contínua, que significa relação próxima ou possível de apoio, podendo ser representada a intensidade das ligações através da espessura da linha, sendo que quanto maior for a sua espessura, mais forte é a ligação; linha reta descontínua, que exprime relação sem proximidade; e linha quebrada, que denota a hipótese de surgirem conflitos.

Este instrumento foi utilizado no estágio durante o processo de conhecimento dos casos e respetiva avaliação inicial, uma vez que permite uma análise funcional e útil da estrutura e funcionamento da família da criança ou adolescente (Nascimento, Rocha & Hayes, 2005; Souza & Kantorski, 2009) relevante no processo de compreensão do indivíduo e respetiva problemática. Para além disso, constitui-se como facilitador do primeiro contacto com as famílias e respetiva relação terapêutica (Nascimento, Rocha & Hayes, 2005).

#### **2.6.4 Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto**

**Prolongado** (traduzido do Prolong Grief Disorder – PG-13 – por Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011, de Prigerson et al., 2007)

O instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado – Prolonged Grief Disorder (PG-13) – foi desenvolvido por Prigerson et al. (2007) de acordo com os critérios para o



diagnóstico da Perturbação de Luto Prolongado, também apresentados por estes investigadores (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011). Este instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Delalibera, Coelho e Barbosa, em 2011, sendo esta a versão detalhada seguidamente.

A sua constituição baseia-se em 13 itens relativos a sentimentos, pensamentos e ações decorrentes da perda de um ente significativo, organizados em três partes: a primeira parte é composta por dois itens referentes à frequência do sentimento de ansiedade de separação e por um item respeitante à duração deste sintoma; a segunda parte engloba nove itens que incidem nos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais; e a terceira parte corresponde a uma questão associada à capacidade funcional nas áreas social, ocupacional ou em outros domínios do funcionamento (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011).

Quanto à sua cotação, as respostas dos dois primeiros itens e de todos os itens da parte II são classificados através da escala de frequência tipo Likert de cinco níveis: 1 – *Quase nunca* a 5 – *Várias vezes por dia* e 1 – *Não, de todo* a 5 – *Extremamente*, respetivamente. Os restantes itens, isto é, o terceiro e o último, apresentam respostas dicotómicas, de *sim* ou *não* (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011).

A nível interpretativo, os resultados são condizentes com a existência de Perturbação do Luto Prolongado perante os seguintes resultados: intensidade 4 ou 5 nos itens 1, 2 e em pelo menos cinco dos nove itens da parte II; e resposta afirmativa (sim) aos itens 3 e 13 (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011).

Em relação à sua aplicação, o PG-13 pode ser administrado em entrevista ou em formato de autopreenchimento (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011).

No presente estágio, o instrumento aplicado pela psicóloga foi selecionado por permitir a perceção do estado emocional e psíquico dos pais e cuidadores em relação às respetivas perdas e da forma como os próprios se encontram a lidar com esta, tendo estes aspetos impacto nos seus filhos.

### **2.6.5 Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders -**

**Revised Version** (traduzido e adaptado de Screen for Child Anxiety Related Disorders por Pereira & Barros, 2010, de Muris et al., 1999)

O Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - Revised Version (SCARED-R) consiste num instrumento quantitativo que visa avaliar diferentes dimensões relativas a problemas de ansiedade em crianças entre os 7 e os 17 anos, de acordo com as

perturbações descritas no DSM-IV (Pereira & Barros, 2010). Este questionário foi traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Pereira e Barros, em 2010, e proposto por Muris, Merckelbach, Schmidt e Mayer, em 1999 (Silva, 2012). A validação da versão portuguesa foi realizada para crianças entre os 7 e os 13 anos (Silva, 2012).

No que concerne à sua constituição, este instrumento é composto por 69 itens de autorresposta organizados em dez dimensões: Ansiedade de Separação (e.g.: “Fico com medo quando durmo fora de casa”) constituída por oito itens; Ansiedade Generalizada (e.g.: “Sou nervoso”) com nove itens; Perturbação de Pânico (e.g.: “Quando me sinto assustado tenho dificuldade em respirar”) que envolve treze itens; Fobia Social (e.g.: “É difícil para mim falar com pessoas que não conheço bem”) que compreende sete itens; Fobia Escolar (e.g.: “Não gosto de ir à escola”) constituída por quatro itens; Fobia Específica do tipo situacional/ambiental (e.g.: “Tenho medo de estar em sítios altos”) com cinco itens; Fobia específica do tipo sangue/injeções (e.g.: “Quando vejo sangue fico tonto”) formada por sete itens; Fobia Específica do tipo Animal (e.g.: “Tenho medo de um animal que não é realmente perigoso”) constituída por três itens; Perturbação Obsessivo-Compulsiva (e.g.: “Penso que me vão pegar uma doença grave”) com nove itens; e Perturbação Stress Pós-Traumático (e.g.: “Tenho sonhos assustadores acerca de uma coisa muito má que já me aconteceu”) composto por quatro itens (Silva, 2012). Este questionário revela duas versões, uma aplicada aos pais e outra às crianças (Silva, 2012).

Ao nível da sua cotação, este instrumento assenta numa escala tipo Likert de 3 pontos relativa à frequência com que a criança experiencia cada um dos sintomas nos últimos três meses: 0 corresponde a “nunca ou quase nunca”, 1 a “algumas vezes” e 2 a “muitas vezes”. Posteriormente, são obtidas pontuações para cada subescala e uma pontuação global, através do somatório dos itens (Silva, 2012).

A nível interpretativo, tendo em conta a pontuação total, podemos verificar limiares clínicos (correspondentes ao percentil 85), que variam de acordo com o género e a idade da criança: em relação ao género feminino, os limiares são 68 (7-9 anos) e 66 (10-13 anos); e, relativamente ao género masculino, os limiares são 61 (7-9 anos) e 59 (10-13 anos) (Silva, 2012). No estágio, as pontuações obtidas em cada subescala foram interpretadas, com base nas percentagens calculadas que comparam os valores brutos obtidos e o valor máximo possível, acrescentando o facto de, na aplicação final, alguns dos adolescentes já terem completado 14 anos.

A escolha deste instrumento prendeu-se com a necessidade de esclarecimento do perfil ansioso de algumas crianças acompanhados, de fácil preenchimento e com

possibilidade de uma análise tanto específica e detalhada como global de problemas ansiosos, constituindo-se como um dos questionários mais consensuais para avaliar a ansiedade em crianças (e.g., Hale, Raaijmakers, Muris, & Meeus, 2005).

#### **2.6.6 Bateria Psicomotora** (Fonseca, 1975)

A BPM consiste num instrumento de avaliação, proposto, originalmente, por Vítor da Fonseca, em 1975, cujo objetivo passa pela análise do perfil psicomotor de crianças entre os 4 e os 12 anos, refletindo o grau de organização neurológica das três unidades descritas pelo modelo de funcionamento cerebral de Luria (Fonseca, 2010). Esta bateria é um instrumento de referência a critério, que, quando aplicada cuidadosamente, tem demonstrado grande utilidade e viabilidade (Fonseca, 2010).

A BPM visa contribuir no processo de deteção e identificação de dificuldades psicomotoras e de aprendizagem, podendo ser aplicada a indivíduos de qualquer faixa etária, por poderem surgir alterações a nível psicomotor em qualquer idade (Fonseca, 2010).

Relativamente à sua constituição, a bateria decompõe-se nos sete fatores psicomotores – tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina; subdivididos em 26 subfatores – e ainda em itens relativos ao aspeto somático, a desvios posturais, ao controlo respiratório e ao nível da fatigabilidade do indivíduo durante a realização da bateria, e que podem interferir com os resultados do perfil psicomotor (Fonseca, 2010).

Em termos de cotação, os itens, consoante os aspetos específicos para cada um deles, são cotados de acordo com os seguintes pontos: 1 – apraxia – que significa que a criança não consegue realizar a tarefa ou a faz de um modo imperfeito, descoordenado e incompleto; 2 – dispraxia – atribuídos perante realizações descoordenadas e com sinais desviantes; 3 – eupraxia – representa tarefas realizadas de forma correta, demonstrando uma execução controlada; e 4 – hiperpraxia – quando se verifica uma execução na perfeição (Fonseca, 2010).

Este instrumento não foi utilizado na íntegra, sendo avaliado apenas e no grupo I o fator *tonicidade*, ao nível dos itens relativos à *passividade* e à *paratonia*, e que permite uma análise não só destes parâmetros, mas também de outros, como a extensibilidade, a forma como o adolescente reage ao toque direto e a expressão facial adotada (e.g se mantém sempre os olhos abertos). A observação de todos estes aspetos, tornam-se importantes

não só para a delineação dos objetivos terapêuticos, mas também para a perceção da forma intervenção, das atividades a realizar e das estratégias mais adequadas.

Concretamente, a *passividade*, a capacidade de relaxação passiva dos membros superiores e inferiores e das extremidades distais, é avaliada através de mobilizações, oscilações e balanços efetuados pelo examinador, que pretendem incitar a sensibilidade do peso dos membros e a presença de movimentos passivos. A avaliação nos membros superiores é realizada com a criança em pé e nos membros inferiores sentada numa cadeira ou mesa, com uma altura que permita a suspensão dos pés.

O subfator *paratonia*, ou seja, a impossibilidade de descontração voluntária, avaliado também em ambos os membros, por intermédio de mobilizações passivas e de quedas provocadas pelo examinador, com a criança em posição de decúbito dorsal.

Outros elementos, como o controlo respiratório, e determinados fatores psicomotores também foram observados, mas de forma lúdica, onde a criança e o adolescente se pudessem sentir confortáveis e apresentarem-se espontâneos, e através da GOC, já explicada anteriormente.

De frisar que, embora na Bateria Psicomotora, o subfactor *passividade* seja avaliado na globalidade, ou seja, tenha apenas uma cotação que abrange ambos os membros, os superiores e os inferiores, foi optado por, como se verifica no caso do subfactor *paratonia*, atribuir uma cotação para os membros superiores e outra para os inferiores, de forma a obter uma avaliação mais rigorosa.

### **2.6.7 Behavior Assessment System for Children I** (traduzido e adaptado por Carreto, Guimarães, Lourenço, Martins & Santos, 2001, de Reynolds & Kamphaus, 1992)

A BASC I, desenvolvida por Cecil Reynolds e Randy Kamphaus (1992), consiste numa escala de avaliação formal multidimensional e multimodal do comportamento e autoperceção, a nível quantitativo, com referência à norma, aplicado a crianças e adolescentes entre os 4 e os 18 anos.

Este instrumento visa simplificar a classificação diagnóstica e educacional de diversas perturbações emocionais e comportamentais, bem como proporcionar informações orientadoras dos projetores terapêuticos (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Ao nível da sua constituição, a escala inclui cinco métodos de recolha de informação, que podem ser utilizados de forma individual ou combinada: as duas escalas de heteroavaliação, uma preenchida pelos pais ou cuidadores do avaliando e outra pelos professores do mesmo, que procuram recolher as suas perceções acerca dos

comportamentos observáveis do indivíduo; a escala de autoavaliação preenchida pelo próprio, que visa identificar as emoções e autopercepções; a história do desenvolvimento, com o intuito de recolher informação anamnésica, junto dos pais ou cuidadores, tão importante para os processos de compreensão da avaliação, de diagnóstico e de intervenção; e o sistema de observação do aluno, que pretende registar e classificar comportamentos diretamente observados em sala de aula (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Em relação às escalas de heteroavaliação, estas organizam-se por três faixas etárias, com ligeiras diferenças na sua composição: dos 4 aos 5 anos (pré-escolar); dos 6 aos 11 anos (crianças) e dos 12 aos 18 anos (adolescentes). O sistema de cotação assenta numa escala de quatro níveis de frequência: 0 – nunca, 1 – ocasionalmente, 2 – frequentemente e 3 – sempre (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Estas escalas estabelecem um perfil clínico e um adaptativo (Reynolds & Kamphaus, 1992). O perfil clínico no questionário preenchido pelos pais apresenta a componente dos problemas exteriorizados – que inclui as escalas hiperatividade, agressividade e problemas de comportamentos –, a componente dos problemas interiorizados – composta pelas escalas ansiedade, depressão e somatização; e as escalas atipicidade, tendência para o isolamento e problemas de atenção. Por sua vez, o perfil adaptativo é composto pela componente das competências adaptativas, onde constam as subescalas adaptabilidade, competências sociais e liderança (Reynolds & Kamphaus, 1992). Nas diferentes versões o valor global das escalas clínicas é medido através do índice de sintomas comportamentais (Reynolds & Kamphaus, 1992).

No perfil clínico, preenchido pelos professores acresce, para além dos supracitados, a componente dos problemas escolares, referente aos problemas de atenção e dificuldades de aprendizagem, e, na componente das competências adaptativas, do perfil adaptativo e da escala competências de estudo (Reynolds & Kamphaus, 1992).

No que concerne às escalas de autoavaliação, estas estão estruturadas para duas faixas etárias: dos 8 aos 11 anos (crianças) e dos 12 aos 18 anos (adolescentes), com 12 e 14 escalas envolvidas, respetivamente (Reynolds & Kamphaus, 1992). Em termos de cotação, é atribuído 0 ou 1 ponto a cada item, baseado no critério verdadeiro/falso. No perfil clínico destacam-se a componente de inadaptação escolar – formada pelas escalas atitude com a escola, atitude com os professores e procura de sensações (esta última só avaliada no caso dos adolescentes) –, a de perturbações clínicas – constituída pelas escalas atipicidade, locus de controlo, somatização (somente avaliada no caso dos adolescentes), stress social e ansiedade – e as escalas de depressão e sentido de inadequabilidade (Reynolds & Kamphaus, 1992). O perfil adaptativo baseia-se na

componente de ajustamento pessoal, onde constam as escalas relações com os pais, relações interpessoais, autoestima e autoconfiança (Reynolds & Kamphaus, 1992). Por fim, à semelhança do índice de sintomas comportamentais das escalas de heteroavaliação, revela um índice de sintomas emocionais, composto tanto por escalas do perfil clínico como adaptativo (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A pontuação obtida nos perfis clínicos merece uma análise mais atenta quando os valores são iguais ou superiores a 70 T, uma vez que tais comportamentos são caracterizados como clinicamente significativos, mas também quando os valores variam entre 60 T e 69 T, pois significa que se encontram em risco (Reynolds & Kamphaus, 1992). Contrariamente, o perfil adaptativo constitui-se como uma medição positiva, na medida em que valores elevados correspondem a perfis adaptativos adequados, sendo que valores entre 31 T e 40 T designam-se como estando em risco e valores iguais ou inferiores a 30 T como clinicamente significativos (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Na avaliação, ao nível do estágio, os questionários de hétero e autoavaliação utilizados foram os da versão traduzida e adaptada de Carreto, Guimarães, Lourenço, Martins e Santos (2001), não estando aferida para a população portuguesa, sendo a análise dos perfis avaliados, tendo em conta as normas americanas, realizada com muita precaução. Apenas foram descritas de forma pormenorizada as escalas de hétero e autoavaliação por serem as utilizadas durante o estágio.

A BASC I apenas foi aplicada junto do grupo II, por permitir, fundamentalmente, uma análise da perceção da própria criança sobre diversos comportamentos em relação aos outros e a si mesma, à semelhança do SDQ para o grupo I e que não apresenta uma versão de autopreenchimento para as idades das crianças do grupo II. Este instrumento não foi selecionado para o grupo I por impossibilidade de recolha das versões adequadas ao grupo. A outra justificação remete, como destacado nos outros instrumentos anteriormente apresentados, para melhor compreender a relação dos pais e dos professores com as dificuldades das crianças.

#### **2.6.8 Draw a Person** (traduzido de Draw a Person por Neopraxis, DEER, Cabral & Sousa, n.d. de Naglieri, 1988)

O DAP, desenvolvido por Jack Naglieri (1988), consiste na avaliação do desenho humano de crianças e adolescentes entre os 5 e os 17 anos, baseando-se num sistema de pontuação quantitativo.

Este instrumento visa avaliar o desenvolvimento cognitivo por meio não-verbal, nomeadamente ao nível do esquema e imagem corporal (Naglieri, 1988).

Relativamente à sua administração/aplicação, é pedido ao indivíduo o desenho de três figuras humanas, com a seguinte ordem: homem, mulher e o próprio. A criança ou o adolescente tem à sua disposição um lápis e uma borracha. Cada um dos desenhos tem um prazo máximo de cinco minutos para ser concretizado, mas este tempo não é referido ao indivíduo (Naglieri, 1988).

A cotação do DAP tem por base 14 critérios – braços, ouvidos, olhos, pés, dedos, cabelo, cabeça, pernas, boca, pescoço, nariz, tronco, ligação das diferentes partes do corpo e vestuário – e 4 categorias de itens – presença, detalhes, proporção e bónus (Naglieri, 1988).

A versão portuguesa do instrumento, traduzida e adaptada por Neopraxis com a colaboração de Nuno Cabral e Maria Helena Sousa (1995), foi utilizada, mas recorrendo-se às normas americanas, uma vez que não se encontra padronizado para a população portuguesa. A análise quantitativa foi realizada para cada desenho, utilizada para a apresentação da evolução dos grupos, em que os valores padrão são interpretados pela seguinte classificação: até 69, baixo; entre 70 e 89, no limite; entre 80 e 89, médio baixo; entre 90 e 109, médio; entre 110 e 119, médio alto; entre 120 e 129 alto; e a partir de 130, muito alto (Naglieri, 1988).

Relativamente à sua administração pela estagiária, alguns aspetos foram distintos do protocolo estabelecido: possibilidade de utilização de diferentes meios de expressão gráfica, lápis de carvão, lápis de cor, canetas de feltro e esferográfica, de forma a analisar o desenho ao nível das cores usadas; explicação verbal das instruções sem a frase “faz o melhor desenho que conseguires”, com o intuito de não incrementar a exigência de um teste de avaliação à criança ou adolescente e não condicionar o desenho da criança; possibilidade de desenhar mais aspetos, caso o indivíduo assim o deseje, para além do pedido, não condicionando o desenho; e ausência de limite temporal para a realização dos testes. De realçar que as alterações efetuadas podem ter condicionado os resultados quantitativos.

Porém, a utilização do DAP visou sobretudo aferir a forma como o sujeito vê e sente o seu corpo, analisar noções espaciais – ao nível do local da folha utilizado e proporção das diferentes partes do corpo e respetivas relações estabelecidas –, as cores utilizadas, o tempo despendido – reflete, por exemplo, impulsividade, desinteresse ou empenho –, a lateralidade manual, a disposição corporal e a coordenação e controlo dos movimentos distais – associado à preensão, rigidez do traço e velocidade. Nesse sentido, foi dada extrema importância aos aspetos qualitativos avaliados durante o momento de avaliação e respetivas alterações pós-intervenção em cada indivíduo.



### **2.6.9 Esquema de Tensões** (Martins, n.d.)

O instrumento baseia-se numa avaliação qualitativa das tensões musculares, que consiste numa ficha com dois desenhos do corpo humano (anterior e posterior), representados apenas pelo contorno do corpo, com delimitações a tracejado de grupos musculares e o desenho das omoplatas (Martins, n.d.). A par da ficha, o instrumento exige a utilização de três cores, de forma a se identificar a intensidade das tensões musculares: vermelho, que corresponde a tensão muito elevada; amarelo, para representar tensão média; e verde, associado a pouca ou nenhuma tensão (Martins, n.d.). Também podem surgir zonas corporais sem preenchimento na ficha e que representam as partes corporais não escutadas ao nível das tensões (Martins, n.d.).

Quanto à sua administração, no estágio, a utilização do Esquema de Tensões foi restringida ao grupo de adolescentes, devido a uma maior capacidade ao nível de consciencialização corporal, sendo aplicado no início e no final de cada sessão. Precedente ao preenchimento da ficha, com a utilização de lápis de cor na identificação das tensões, a estagiária solicitava aos adolescentes a sua colocação em decúbito dorsal sobre os colchões e que, caso se sentissem confortáveis e assim desejassem, fechassem os olhos. Seguidamente, a estagiária enumerava as diferentes partes do corpo, pedindo que em cada parte observassem a existência ou inexistência de tensões corporais, iniciando o scan corporal pela parte posterior do corpo – que está em contacto com o colchão – e cujo material pode facilitar o processo de consciencialização de tensões.

Este instrumento não só permite avaliar, inter e intrasessão, a capacidade de consciencialização corporal do indivíduo, como possibilita a recolha de informação ao nível da tonicidade, somatognosia, nomeadamente na relação do indivíduo com o seu próprio corpo, e na capacidade de concentração, autorregulação e autocontrolo corporal.

### **2.6.10 Grelha de Observação do Comportamento – Versão Crianças**

(Martins, 2017)

A GOC consiste num instrumento qualitativo que avalia os comportamentos do indivíduo, destinado a qualquer faixa etária, independentemente da condição biopsicossocial (Martins, 2017), sendo utilizada, no estágio, a versão para crianças.

Os objetivos da GOC prendem-se com o registo de comportamentos observados durante as sessões de intervenção psicomotora, uniformizando o conjunto de comportamentos a observar entre os avaliadores e a posterior comparação da evolução comportamental durante os diferentes momentos de intervenção (Martins, 2017).



Em termos da sua constituição, a versão assenta em duas áreas, compostas por diversos domínios: nos aspetos gerais observados ao longo da sessão – postura, apresentação e características ou sinais específicos; e nos aspetos específicos da sessão – comportamento, atitude face à tarefa, atitude face ao espaço, memória, comunicação, relações interpessoais e fatores psicomotores (Martins, 2017). Os domínios relativos aos aspetos específicos da sessão são compostos por vários subdomínios (e.g. o domínio comunicação integra os subdomínios compreensão verbal, linguagem e comunicação não-verbal), que, por sua vez, podem abranger categoriais (e.g. o subdomínio comunicação não-verbal do domínio comunicação divide-se nas categorias olhar, gestos e mímica, sorris e expressão gráfica) também constituídas por itens (e.g. a categoria expressão gráfica é composta pelos itens diversidade cromática, proporcionalidade adequada, riqueza de pormenores e garatuja – Martins, 2017).

O preenchimento do instrumento consiste no registo com um X perante a identificação na sessão dos aspetos referidos nos itens, sendo possível detalhar ou complementar os comportamentos observados, na coluna das observações. Por sua vez, itens não observados em sessão, não são preenchidos. Na presença de comportamentos não abrangidos nas categorias, os mesmos podem ser incluídos num campo denominado *Observações*, no final do instrumento (Martins, 2017).

Este instrumento foi preenchido tendo por base as sessões individuais e as duas primeiras/últimas sessões em grupo.

## 2.7 Evolução da População Atendida

No sentido de se analisar a evolução global da população atendida e a importância desta intervenção na modificação do quadro sintomático destas crianças e jovens, foi realizada uma comparação da avaliação inicial e final (ver Anexo A com os resultados de cada instrumento de todos os casos).

Antes de mais, um fator essencial na interpretação dos resultados obtidos centra-se na verificação da assiduidade dos elementos à intervenção, revelada por intermédio da tabela 2.4.

Tabela 2.4: Assiduidade dos Elementos à Intervenção.

Participantes	Grupo I				Grupo II		
	Tiago	Sofia	Rodrigo	Roberta	Maria	Augusto	Martim
Sessões participadas	11	11	11	2	11	10+3	7

Pela análise dos resultados qualitativos, aos quais acrescem os aspetos qualitativos dos mesmos e da observação/avaliação informal, de forma sucinta, são identificadas, na

tabela 2.5, as principais alterações no quadro sintomático em cada criança e jovem acompanhados.

Tabela 2.5: Síntese dos Resultados do Programa de Intervenção

	<b>Resultados</b>
<p> Tiago </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desaparecimento dos problemas emocionais para o próprio, embora tenham permanecido muito preocupantes para os pais;</li> <li>- Redução do impacto das dificuldades nos diversos contextos, principalmente no relacionamento com os amigos;</li> <li>- Diminuição da sintomatologia associada à ansiedade generalizada;</li> <li>- Diminuição do perfil hipertónico inicial, com diminuição das tensões e resistências corporais e, a nível postural, da inclinação da cabeça e dos ombros para baixo;</li> <li>- Melhorias na percepção temporal.</li> </ul>
<p> Sofia </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da consciencialização por parte da mãe dos problemas de hiperatividade e comportamento pró-social e reconhecimento de problemas emocionais, de desatenção e do comportamento;</li> <li>- Aumento da consciencialização por parte da adolescente dos seus problemas de comportamento;</li> <li>- Diminuição do impacto das suas dificuldades no relacionamento com os amigos e nos tempos livres;</li> <li>- Transição de ano letivo, através de condições especiais de avaliação, tendo em conta o período de abandono escolar;</li> <li>- Diminuição evidente do hipercontrolo do eixo corporal;</li> <li>- Melhorias na orientação temporal;</li> <li>- Melhorias na aceitação e utilização espontânea do toque, com diminuição da distância interpessoal;</li> <li>- Melhorias na adequação da expressão facial e corporal ao discurso.</li> </ul>
<p> Rodrigo </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorias na sintomatologia associada à ansiedade generalizada, fobia escolar e perturbação pós-traumática;</li> <li>- Permanência das dificuldades associadas a domínios de sintomas emocionais, problemas do comportamento, de hiperatividade e de comportamento pró-social para o próprio, pais e professora com muito impacto nos diversos contextos do adolescente;</li> <li>- Diminuição evidente do perfil hipertónico inicial, com redução significativa de paratonias e aumento da capacidade de acesso à passividade, e desaparecimento da postura acompanhada de inclinação da cabeça e dos ombros para baixo.</li> </ul>
<p> Maria </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desaparecimento de problemas de hiperatividade (percepção da mãe);</li> <li>- Desaparecimento de dificuldades emocionais, de concentração, de comportamento ou relacionais nos diversos contextos da criança (percepção da mãe);</li> <li>- Diminuição de valores considerados em risco para valores normais ao nível de Problemas de Comportamento e de Atenção e Dificuldades de Aprendizagem (percepção da professora);</li> <li>- Permanência de muito impacto das dificuldades emocionais na aprendizagem escolar, acrescentando a percepção de muito sofrimento na criança e muito impacto das dificuldades na relação com os colegas (percepção da professora);</li> <li>- Desaparecimento de problemas de comportamento pró-social (percepção da professora);</li> <li>- Desaparecimento de problemas de somatização (percepção da mãe);</li> <li>- Aparecimento de valores em risco ao nível da atitude com a escola e na sintomatologia depressiva (percepção da Maria);</li> <li>- Melhorias ao nível do sentido de inadequabilidade e da autoconfiança (percepção da Maria);</li> <li>- Diminuição da sintomatologia associada à Fobia Social, Fobia Específica do Tipo Situacional/Ambiental (percepção da mãe e da Maria), Perturbação da Ansiedade Generalizada (percepção da mãe) e Perturbação de Ansiedade de Separação (percepção da Maria);</li> <li>- Aumento significativo da sintomatologia associada à Perturbação Pós-Traumática na percepção da Maria, mas ausência desta sintomatologia na percepção da mãe;</li> <li>- Aumento da capacidade de expressão corporal.</li> </ul>
<p> Augusto </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanência de problemas de somatização em risco (percepção da mãe);</li> <li>- Desaparecimento de problemas de adaptabilidade na percepção da professora e diminuição do estado de risco para normal na percepção da mãe;</li> <li>- Identificação de problemas associados a atipicidade na percepção do Augusto, mas diminuição para valores em risco na percepção da mãe;</li> <li>- Aumento da consciencialização de problemas associados ao locus de controlo, de autoestima e depressão (percepção do Augusto), o que pode influenciar o perfil negativo identificado pelo próprio, como o aparecimento de problemas de sentido de inadequabilidade</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>e a permanência de problemas de stress social e ansiedade com valores elevados, aspetos não presentes na percepção da mãe e da professora;</li><li>- Permanência de dificuldades com muito impacto em casa e nas brincadeiras/tempos livres na percepção da mãe, mas ausência de dificuldades na percepção da professora;</li><li>- Melhorias na gestão da distância interpessoal e na aceitação do toque.</li></ul>
Martim	<ul style="list-style-type: none"><li>- Permanência de problemas de atipicidade e de capacidade de liderança em risco (percepção do pai);</li><li>- Desaparecimento da preocupação relativa a sintomas emocionais (percepção do pai);</li><li>- Aparecimento de preocupação relativa a problemas de relacionamento com os colegas (percepção do pai);</li><li>- Diminuição das dificuldades com muito impacto na escola (percepção do pai);</li><li>- Ligeira melhoria do registo de passividade corporal inicial.</li></ul>

---

Os resultados indicam, à semelhança de diversos estudos (e.g. Register & Hilliard, 2008; Webb, 2003) que o grupo permitiu o suporte dos seus elementos, o desenvolvimento de um espaço de partilha, identificação, regulação e contenção que possibilitou a normalização de estados. Neste sentido, Perschy (2004) aponta o poder do grupo terapêutico na criação de um vínculo comum único que facilita a partilha das suas vulnerabilidades, normalizando as suas experiências, e aprendendo uns com os outros a lidar com as dificuldades.

As principais melhorias centram-se no relacionamento com os outros, através da diminuição do sentimento de isolamento (e.g. Bugge et al., 2012; Register & Hilliard, 2008; Webb, 2003), e na diminuição da sintomatologia ansiosa (e.g. Edgar-Bailey & Kress, 2010), nomeadamente com a redução da agitação psicomotora e da preocupação face ao progenitor sobrevivente e com o aumento da expressão e gestão da angústia contida.

As melhorias a nível individual permitiram um melhor funcionamento nos diversos subsistemas que envolvem a criança/adolescente e a sua família, onde se destaca o grupo I, ao nível do meio escolar. Neste sentido, os objetivos iniciais para ambos os grupos foram alcançados.

Esta intervenção baseada na expressão através da arte e do corpo, num diálogo entre a comunicação verbal e não-verbal, facilitou a exteriorização dos problemas relacionados com o processo de luto, indo ao encontro de intervenções semelhantes (e.g. Bugge et al., 2012; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006; Webb, 2003, 2011).

De frisar que a ausência de alterações mais positivas na problemática do Martim pode estar relacionada com a sua ausência em 4 sessões, devido a dificuldades de organização familiar, e que também interferiram com a evolução do grupo. Nas restantes famílias, o visível envolvimento (e.g. procura de reuniões com os profissionais e de contacto com as famílias dos casos acompanhados) parece ter influenciado positivamente

o progresso verificado na população. Como aponta Webb (2003), a família tem um papel importante no envolvimento também da criança na intervenção.

### 3 Análises/Estudos de Casos Clínicos

Este capítulo compreende a apresentação de dois casos, a Sofia e o Augusto, de 13 e 10 anos, respetivamente. A escolha destes casos prende-se com o facto de terem sido incluídos em grupos distintos, compreendendo diferentes metodologias de intervenção, possibilitando uma melhor compreensão da intervenção realizada, de serem os casos com maior número de sessões efetuadas e que suscitaram maior preocupação clínica.

Em cada caso proceder-se-á à sua identificação e à caracterização anamnésica pessoal, familiar e clínica, à apresentação da avaliação inicial, das hipóteses que possam melhor explicar as características do caso, do perfil intraindividual, do projeto terapêutico – o qual contempla os objetivos terapêuticos, as atividades e estratégias privilegiadas –, da progressão do programa terapêutico, da avaliação final e, para terminar, da apreciação global do caso.

#### 3.1 Análise de Caso I – Sofia

Os principais elementos de identificação da Sofia e que será alvo de análise são organizados na tabela 3.1.

Tabela 3.1: identificação da Sofia

Identificação	
Nome	Sofia
Data de nascimento	11/03/2003 (13 anos)
Ano de escolaridade	7º ano (a repetir)
Diagnóstico	Perturbação da Ansiedade SOE e Perturbação Depressiva SOE
Motivo de encaminhamento para Terapia Psicomotora	Agitação psicomotora, grandes dificuldades de mentalização, com desinvestimento no prazer de pensar (evitamento constante) e crises de pânico
Início do acompanhamento em Terapia Psicomotora	Fevereiro de 2017
Nº de sessões de Terapia Psicomotora realizadas	15 sessões



A gravidez da Sofia foi planeada e desejada, correspondendo, de acordo com a mãe, na altura do seu nascimento às expectativas dos pais, acrescentando que a Sofia era “a mais que tudo” para o pai. A mãe acrescenta que “Era uma bebé calma, bonita”, “Era a nossa bebé”, perante a reação ao bebé pelos pais. Quando a sua mãe tinha 36 anos, o parto foi às 39 semanas e distócico, tendo sido realizado através de uma cesariana. A Sofia nasceu com 2,970 Kg, 50 cm de comprimento, 34 cm de perímetro cefálico e um índice de Apgar de 9 ao primeiro minuto e 10 ao quinto minuto. Porém, salientam-se complicações perinatais associadas à irregularidade dos batimentos cardíacos.

Nos primeiros tempos de vida, os cuidados foram prestados por ambos os pais, sendo que, aos 7 meses, esteve ao cuidado de uma ama, pelo período de cerca de um mês, com boa integração, altura em que foi para o jardim de infância, onde fez uma boa adaptação e integração.

Desde os 3 anos que a mãe se encontra preocupada com a hiperatividade da Sofia, referindo ser uma criança muito agitada, que não conseguia estar parada, estando também sempre distraída, tanto na creche como em casa.

Em 2010, quando a Sofia tinha 7 anos, o pai falece subitamente por insuficiência cardíaca. A mãe conta que acordou e quando se apercebeu da sua ausência, foi ter à sala, viu-o deitado no sofá e percebeu que o marido estava morto. Agarrada a ele, começou aos gritos e vê a Sofia a espreitar e a fugir novamente para o seu quarto. A equipa do Instituto Nacional de Emergência Médica explicou à Sofia que o pai tinha falecido, sendo que a mãe conta que desconhece o que o que lhe foi dito. Durante os preparativos e as cerimónias fúnebres, ficou uns dias em casa de uma tia, sem ir à escola. A mãe refere que a Sofia só queria estar consigo, apesar de, nos últimos tempos, também ter proximidade com o pai. Nessa altura, mudam de casa e a mãe refere que, em casa, a Sofia era o seu apoio e que, na escola, se comporta como se nada tivesse acontecido. Para além disso, a mãe passou a tomar ansiolíticos, receitados pela médica de família, sendo encaminhada para psicologia, que acabou por abandonar por ausência de ligação ao psicólogo. Em 2016, altura em que a Sofia começa o acompanhamento psicológico, é também proposta para acompanhamento em consulta de luto de adultos também no HSM, passando ambas a serem acompanhadas no mesmo horário.

Com 9 anos, a mãe descreve a Sofia como sendo uma criança alegre, muito distraída e que distrai os outros, que nunca presta atenção, quando alguém fala consigo. Também acrescenta baixa tolerância à frustração e incapacidade para parar de falar (verborreia). A relação com a mãe é caracterizada como próxima e cúmplice pela mãe. A

nível escolar, a mãe identifica irrequietude em contexto de sala de aula, falta de atenção e concentração e excesso de atividade motora, sendo considerada uma aluna mediana.

Em novembro de 2016 e a frequentar pela segunda vez o 7º ano, entra em recusa escolar, ficando em casa sozinha durante todo o dia, à exceção da hora de almoço, realizando a refeição juntamente com a sua mãe. Em janeiro, através de uma ficha de referenciação para educação especial, com condições especiais de avaliação, a Sofia pôde receber informação via e-mail da matéria a estudar e trabalhos a realizar.

### ***3.1.1.2 História Clínica***

Em termos clínicos, ao nível da alimentação, em bebé, não são relatados problemas, com amamentação até aos 9 meses, sendo que rejeitava o biberon. Por volta dos 6 anos, a alimentação em pequenas quantidades torna-se mais evidente, sendo que, aos 9 anos, apresentava grande dificuldade em comer, envolvendo uma diminuição do peso.

No que concerne ao sono, quando vivia com os pais, apresentava problemas para adormecer, necessitando sempre dos pais para adormecer, mas dormia no seu quarto sozinha. Após a morte do pai, e na segunda casa, passa a dormir com a mãe (“é para nos sentirmos melhor”, refere a mãe). A mãe relata dificuldades em adormecer e acordares noturnos (“acordo a meio da noite e a Sofia está sentada na cama a olhar para mim”). Em 2016, já em acompanhamento psicológico, tem períodos em que dorme sozinha no seu quarto.

Em relação ao desenvolvimento psicomotor, a mãe aponta apenas dois marcos do desenvolvimento da Sofia, começando a gatinhar aos 10 meses e a andar aos 13 meses. Já o controlo de esfíncteres diurno e noturno deu-se aos dois anos de idade.

Ao nível da linguagem, a mãe não se recorda das primeiras palavras da Sofia e aponta acompanhamento em Terapia da Fala, no primeiro ano, por dificuldades na leitura e escrita, durante cerca de um ano.

No que respeita a medos, em bebé, não brincava sozinha. Em criança, quando ia à casa de banho, tinha de deixar a porta aberta e a ver a mãe. A mãe salienta o medo de estar sozinha, agravado após a morte do pai, não conseguindo passar 30 minutos sozinha. Também é relatado pela própria o medo atual de pontes, acidentes, de andar de avião, conseguindo apenas de andar de carro com a mãe, não andando a pé.

Em relação a problemas dentários, a Sofia apresenta cáries frequentes, sendo que desde os 6/7 anos que a Sofia passou por vários dentistas devido a recusa de acompanhamento da sua parte, associado a grande receio de picadas.

Em termos de história de doença clínica na família, apenas se destaca doença cardíaca na família paterna, sendo que o seu pai já tinha sido intervencionado e colocado pacemaker, para além do acompanhamento recente da mãe ao nível saúde mental.

Relativamente a separações, salienta-se o falecimento do pai, a mudança de casa, e o afastamento da meia-irmã materna, aos 10 anos, e respetivo namorado para Inglaterra.

Em 2013, a Sofia foi diagnosticada pelo DSM-IV: no eixo I – perturbações clínicas – Perturbação da Ansiedade Sem Outra Especificação e Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação; no eixo II – perturbações da personalidade e atraso mental – nenhum diagnóstico; no eixo III – condições gerais médicas – estomatologia; no eixo IV – problemas psicossociais e ambientais – falecimento do pai aos seus 7 anos e mãe com episódios depressivos (com medicação para depressão, dificuldade no processo de luto e na promoção de autonomia na filha); e no eixo V – avaliação da atividade global – Escala Global da Avaliação do Funcionamento com 73 de pontuação e que significa que os sintomas são transitórios a fatores de stress psicossocial, associado a uma leve incapacidade social, profissional ou escolar.

Ao nível do acompanhamento psicológico, em 2016, destacam-se alguns aspetos identificados: insónias, crises de pânico, perda do apetite, fadiga, desinteresse geral (exceto a nível social), medos patológicos e recusa escolar.

Em pedopsiquiatria, com alterações durante o acompanhamento, principalmente ao nível da dosagem, antes do acompanhamento em psicomotricidade, tomava medicação para a hiperatividade e para o sono.

### **3.1.2 Avaliação Inicial**

Os resultados dos instrumentos são revelados no subcapítulo 3.1.8., que comparam os dados das avaliações inicial e final, de modo a facilitar ao leitor a compreensão dos progressos da Sofia, sendo, seguidamente, destacados os aspetos principais de cada instrumento.

No **SDQ** destacam-se os seguintes aspetos em relação às cinco escalas avaliadas: na escala *hiperatividade*, a Sofia apresenta uma pontuação anormal e a mãe uma pontuação limítrofe; na escala *problemas de comportamento* e na escala total de dificuldades apenas a Sofia revela uma pontuação limítrofe. No suplemento de impacto, ambas identificam pequenas dificuldades, com início há mais de um ano, ao nível das emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas. Porém, a mãe distingue com “muito” o impacto das dificuldades da sua filha nos diversos contextos,



apresentando uma pontuação anormal para o total do impacto das dificuldades, ao invés da Sofia que apenas identifica com “pouco” o impacto das suas dificuldades na escola. Este resultado parece destacar as dificuldades de consciencialização dos problemas por parte da Sofia e a negação da problemática.

Da **Escala de Conners – Forma Reduzida**, a mãe salienta problemas cognitivos/desatenção, com uma percentagem de 73,33%, e que pode justificar as suas dificuldades académicas. O índice de défice de atenção e hiperatividade revela uma percentagem de 47,22%.

No **SCARED-R** verificou-se que a nível global, os resultados não revelam limiares clínicos, com 38 (mãe) e 40 pontos (Sofia). No entanto, pela análise das percentagens obtidas em cada subescala, os valores mais elevados foram registados no questionário preenchido pela mãe, ao nível da fobia específica do tipo situacional/ambiental, com 60%, e ao nível da fobia escolar, com 87,50%. Estas subescalas, no questionário preenchido pela Sofia, apresentam 40% e 37,50%, respetivamente, sendo, neste último, observado uma grande disparidade.

Do **PG-13**, aplicado exclusivamente pela psicóloga, quando a Sofia iniciou o acompanhamento psicológico, observou-se um grande sofrimento associado à perda do marido, com ansiedade de separação e dificuldade em continuar com a sua vida, considerando-a como insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda. Para além disso, destacou-se a redução significativa na sua vida social ou profissional, cumprindo quatro dos cinco critérios exigidos para o diagnóstico de Perturbação do Luto Prolongado. Em 2017, já passados 6 anos e 8 meses da morte do marido, e depois de já ter iniciado acompanhamento psicológico, verificou-se uma melhoria dos resultados neste instrumento, embora ainda sentisse diariamente saudades e uma intensa dor emocional, tristeza/pesar ou sentimentos de tensão.

Na aplicação do **ecomapa**, a mãe revela grande dificuldade na identificação de redes de apoio informais e formais. Ainda assim, acaba por apontar as seguintes redes de apoio: a nível nuclear, caracteriza a relação com a sua filha como próxima; na rede informal identifica o trabalho e as amigas da filha com as quais estabelece relações próximas; e, a nível formal, a escola da filha definindo a relação estabelecida sem proximidade. Neste sentido, a mãe da Sofia não apresenta redes de apoio significativas.

Na **BPM**, em ambos os subfatores (paratonia e passividade) os membros superiores e inferiores são cotados com a pontuação 1 e 2, respetivamente. Com tensões, bloqueios e resistências muito fortes, para além do hipercontrolo ao nível do eixo corporal,

à exceção das mãos que revelam movimentos repetitivos e que acompanham o discurso, constata-se paratonias evidentes e incapacidade para aceder à passividade. Para além disso, a Sofia, apesar de aceitar o toque direto, manifesta dificuldades na relação através deste contacto físico.

No **Esquema de Tensões**, aplicado no início e no final das sessões, não identificou qualquer tensão corporal. De uma forma geral, apresentou-se indisponível para identificar e reconhecer estados tónicos, através de grande agitação corporal, hiperemotividade e necessidade de controlo do envolvimento – vontade de rir, olhar fixado na psicomotricista, interrupções verbais relacionadas com o tempo em atividade. Também foi verificada uma deficitária percepção temporal, motivada pela sua sobrevalorização.

No **DAP**, o desenho da figura humana mostrou uma adequada representação do esquema corporal, à exceção dos dedos das mãos que são representados em número inferior. Apesar deste aspeto, todos os desenhos apresentam valores medianos. Quanto à informação qualitativa retirada subjacentemente, destacam-se os seguintes aspetos: a presença de sentimentos de incapacidade, associados a um autoconceito negativo; a utilização da cor vermelha para desenhar a figura de um homem, uma cor forte e que pode estar associada a tensões emocionais relacionadas com a figura do pai; a utilização do lápis de carvão no desenho da mulher e da própria, podendo estar relacionado com falta de investimento, inibição, medos, ansiedade e tristeza; a reduzida dimensão dos desenhos, o que pode representar insegurança e baixa autoconfiança; e a mesma expressão facial em todos os desenhos, caracterizada por um sorriso rasgado, olhos grandes e de soslaio, que associa a pessoas envergonhadas e relutantes. De realçar semelhanças físicas da Sofia à figura da mulher, podendo estar associada a uma identificação com a mãe, ambas desenhadas com franja, uma característica ausente na Sofia, indicando alterações da imagem corporal.

Através da **GOC** distinguem-se os seguintes aspetos: apresentação desinibida, ansiosa, distraída, ativa (excesso de atividade motora) e passiva (desinteresse); adesão fundamentalmente voluntária, mas também com necessidade de estímulo; atenção na maioria do tempo; empenho parcial, com intuito de realizar os pedidos num menor espaço de tempo; impulsividade na ação e no discurso; apresentação de comportamentos desajustados mas controlados quando chamada à atenção; iniciativas desajustadas; alteração das regras de forma a obter sucesso e comportamentos de oposição; reação desadequada quando confrontado com a frustração; exploração contida do espaço fundamentalmente em contexto de grupo; adequadas capacidades de retenção e evocação

relativamente à memória a médio e longo prazo, respetivamente; discurso verborreico, inseguro, ritmo acelerado, tom de voz alto, não fluente; olhar espontâneo dirigido, mas com desvios e incoerência entre a expressão facial (sempre sorridente) e o discurso; necessidade de grande distância interpessoal; relação de indiferença estabelecida com a psicomotricista; partilha de sentimentos de indiferença em relação à semana; relação de indiferença e oposição com os pares, apresentando inflexibilidade nas decisões de grupo, impondo as suas sugestões e estabelecendo relações recíprocas apenas quando solicitada. Em relação aos fatores psicomotores, no que respeita à *estruturação espaciotemporal*, destacam-se dificuldades na memorização e reprodução de pequenas sequências espaciais, devido à autoperceção de incapacidade e de dificuldades de exposição ao grupo e de atenção. Também se identificam dificuldades nas sequências temporais, dado o seu registo acelerado, com dificuldades de perceção rítmica e orientação temporal e igualmente dificuldades em aceitar os tempos da sessão, com procura por sair antes do final do tempo.

### **3.1.3 Hipóteses Explicativas**

As hipóteses explicativas centram-se na existência de défices na relação mãe-filha, nos primeiros anos de vida, que deixaram a Sofia vulnerável e que perante a morte do pai, com complicações no processo de resolução do luto, apresenta uma sintomatologia psiquiátrica com repercussões no envolvimento familiar, escolar e social.

A criança desenvolve-se no seio familiar, num contexto relacional e afetivo que possibilita a construção da sua identidade. Porém, quando o investimento afetivo na criança é centrado nas necessidades dos seus pais, ao invés das crianças, como parece neste caso em que mãe e a filha dormem juntas “para nos sentirmos melhor”, utilizando as palavras da mãe, a filha assume o papel de companheira, associada à dificuldade da mãe tolerar a solidão e o desamparo, o contexto não se revela favorável a um desenvolvimento adequado da criança (Goldschmidt, 2004).

O excesso de atividade motora destacado pela mãe a partir dos 3 anos, o medo de estar sozinha a brincar e na ida à casa de banho e os problemas de sono são também descritos. Igualmente a inexistência de recordações por parte da mãe sobre as primeiras palavras da Sofia pode revelar, por um lado, a indisponibilidade para esta filha, com pouco acompanhamento do seu desenvolvimento, ou, por outro, que a depressão atual condiciona a capacidade para pensar ou se concentrar. Um estudo com adolescentes portugueses de Leal, Marques, Vaz, Pereira e Matos (2015) detetou uma percentagem mais significativa de psicopatologia materna no grupo de recusa escolar, em comparação

com o grupo de controlo que se encontravam também em acompanhamento, mas por outros motivos.

O quadro depressivo da mãe apresenta-se como o fator de risco com maior suscetibilidade de desenvolvimento de perturbações interativas, sendo que, mais concretamente, pode comprometer o desenvolvimento psicológico da criança (Mazer & Stoléru 1988 cit in Gueniche, 2005), estando na base do desenvolvimento de perturbações do humor (fundamentalmente depressão precoce), perturbações ansiosas (com angústia de separação) e perturbações de comportamento (Gueniche, 2005). Nestas situações, a criança, sem sucesso, empenha-se em reanimar a mãe (Gueniche, 2005), sendo que a progenitora acaba por não investir na relação com a sua filha, caracterizando-se por ser uma figura longínqua, com debilidade geral e desânimo (Green 1988 cit in Gueniche, 2005). Assim, pode surgir uma identificação precoce do bebé com a mãe deprimida – a mãe “morta” (Gueniche, 2005, p. 97; Braconnier, 2007). Neste sentido, podem estar presentes sentimentos de culpa (Braconnier, 2007).

Outra hipótese que pode explicar a expressão comportamental da Sofia prende-se com a presença de um luto não integrado. Aquando do falecimento do pai, com 7 anos, algumas reações à perda salientadas por Barbosa (2016) parecem estar associadas aos sintomas presentes na Sofia atualmente: fobia escolar, medo sobre a morte e a segurança dos familiares, manifestações hipocondríacas, ansiedade e depressão e sensação de abandono do progenitor vivo em dor. Relativamente a este último tópico, a Sofia, como denomina Barbosa (2016), passou por um trauma cumulativo, ou seja, dependente do pai para a construção da sua identidade e personalidade, para além do sentimento de desamparo em relação a esta perda, verifica-se uma mudança no seu dia-a-dia e na dinâmica familiar, existindo uma sensação de desamparo agora pela mãe que fracassa no papel protetor. Assim, a perda é dupla e a sensação de abandono ainda maior. Outras reações com resposta à perda associadas a perturbações do sono, comportamentos regressivos, como a perda de interesse nas atividades externas identificadas entre os 9 e os 12 anos, apontadas por Barbosa (2016), também são identificados neste caso. A presença de sentimentos de rejeição dos rituais e do apoio do adulto, com sentimentos de incompreensão e de dificuldades relacionadas com a identificação e expressão de sentimentos, que, de acordo com Barbosa (2016), são reações à perda na idade atual da Sofia.

De facto, esta adolescente apresenta fatores de risco de complicações no processo de resolução do luto: morte súbita ou traumática, perda de um progenitor, dependência do

progenitor sobrevivente, falta de apoio familiar, luto complicado ou perturbação psicológica do progenitor sobrevivente e perdas secundárias que acompanham a perda primária, neste caso, a mudança de casa (APA, 2013; Barbosa, 2016).

### 3.1.4 Fatores de Risco e de Proteção

Tendo em conta as informações supramencionadas, foram identificados os fatores de risco e de proteção relacionados com os aspetos do meio envolvente que podem agravar a situação da Sofia e os que podem contribuir para uma evolução positiva, para além do acompanhamento terapêutico a esta adolescente.

Os fatores de risco prendem-se com o quadro clínico da mãe, o distanciamento da meia-irmã materna, a ausência de redes de apoio informal e a permanência diária em casa da Sofia.

Por outro lado, o apoio escolar, a presença de uma amiga da Sofia que a visita com alguma regularidade, o emprego e o acompanhamento terapêutico da mãe constituem os fatores de proteção.

### 3.1.5 Perfil Intraindividual

Depois de analisar os resultados provenientes das avaliações formal e informal, foi possível construir o perfil intraindividual da Sofia, onde se identifica, na tabela 3.2, para os domínios cognitivo, socioemocional e psicomotor, as suas áreas fortes, através das quais se iniciou a intervenção, e as áreas fracas, sobre as quais se incidiram os objetivos de intervenção.

Tabela 3.2: Perfil Intraindividual da Sofia

Áreas Fortes	Áreas Fracas
<b>Domínio Psicomotor</b>	
- Coordenação global dos movimentos - Coordenação dos movimentos distais	- Autorregulação da ação (agitação psicomotora e impulsividade na ação) - Consciência e autorregulação tónica - Estruturação temporal
<b>Domínio Cognitivo</b>	
- Compreensão verbal	- Atenção - Capacidade de aprendizagem - Capacidade de resolução de problemas - Capacidade representativa e simbólica - Capacidade de mentalização
<b>Domínio Socioemocional</b>	
- Colaboração	- Autorregulação do discurso - Adequação da expressão facial ao discurso verbal - Capacidade de iniciativas ajustadas - Capacidade de ajustamento social - Tolerância à frustração

### 3.1.6 Projeto Terapêutico

Neste espaço, será apresentado o plano terapêutico para a Sofia, de acordo com as avaliações efetuadas, as informações recolhidas e o seu perfil intraindividual, onde se expõem os objetivos a serem trabalhados, as atividades privilegiadas e as estratégias a utilizar.

#### 3.1.6.1 Objetivos

Através dos resultados obtidos na avaliação e pelo estabelecimento do perfil intraindividual, foram definidos objetivos terapêuticos no âmbito psicomotor, cognitivo e socioemocional a serem trabalhados com a Sofia, como revela a tabela 3.3.

Tabela 3.3: Objetivos terapêuticos da Sofia

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<b>Domínio Psicomotor</b>	
Promover a consciencialização corporal e regulação tónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar e reconhecer estados tónicos</li> <li>- Aceder à passividade, diminuindo as paratonias</li> <li>- Aumentar o controlo respiratório</li> </ul>
Melhorar a orientação temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar o respeito pelos diferentes momentos da sessão</li> <li>- Promover a perceção rítmica</li> <li>- Aumentar a perceção temporal</li> </ul>
<b>Domínio Cognitivo</b>	
Melhorar a atenção sustentada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar os períodos de atenção sustentada durante as instruções</li> <li>- Aumentar os períodos de atenção sustentada durante a execução das atividades</li> </ul>
<b>Domínio Socioemocional</b>	
Trabalhar a adequabilidade na relação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a procura espontânea do outro</li> <li>- Aumentar a imitação espontânea do outro</li> <li>- Apresentar aceitabilidade de sugestões e iniciativas</li> <li>- Aumentar a capacidade de diálogo</li> <li>- Melhorar a expressão das suas sugestões, iniciativas e ideias</li> <li>- Melhorar a aceitação do toque</li> <li>- Diminuir a distância interpessoal</li> <li>- Aumentar o reconhecimento dos sentimentos e emoções dos outros e regular a sua atividade</li> <li>- Adequar a expressão facial ao discurso</li> </ul>
Aumentar o nível de tolerância à frustração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar o tempo em atividade</li> <li>- Aumentar a capacidade de desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas</li> </ul>
Desenvolver a capacidade de autorregulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir movimentos impulsivos durante as instruções das atividades</li> <li>- Desenvolver períodos de passividade global</li> <li>- Diminuir a verborreia</li> <li>- Aumentar a reciprocidade verbal</li> </ul>
Promover a capacidade de mentalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a expressão verbal, corporal e/ou gráfica ligadas a sentimentos positivos e negativos da sessão e factos do quotidiano</li> <li>- Adequar o conteúdo emocional do comportamento ao discurso</li> </ul>

#### 3.1.6.2 Atividades

Tendo em conta o perfil intraindividual, os objetivos terapêuticos definidos, os interesses e a idade da Sofia, foi dada primazia às atividades de relaxação e consciencialização

corporal. Neste sentido, nas insónias, que podem advir de preocupações que invadem os nossos pensamentos, a relaxação pode ajudar no processo de transferência da atenção para o corpo (Goleman 1997 cit in Pereira, 2005). Para além disso, Bergès-Bounes (2011) aponta este tipo de intervenção no trabalho de autonomia, aquando de dificuldades de separação em relação à mãe, como se verifica com a Sofia.

Estas atividades incluem as de expressão corporal, de confiança, de imitação/mímica/em espelho e também de cooperação e oposição.

### ***3.1.6.3 Estratégias***

Acima de tudo, com este caso, a maior necessidade centra-se na promoção de um sentimento de controlo e previsibilidade à Sofia, no sentido de favorecer a sua expressão espontânea, aspetos que estão na base dos seus medos e, nomeadamente, da imprevisibilidade relativa à morte do seu pai. Também acresce a importância de desenvolver, inicialmente, atividades sem possibilidade de erro ou sucesso, devido aos seus níveis de frustração muito elevados e à grande baixa autoestima da Sofia, de forma a que esta adolescente permaneça na atividade até ao fim.

As restantes estratégias prendem-se com o recurso inicial de atividades dinâmicas (devido à sua agitação psicomotora) e avançar para atividades mais estáticas; de atividades dicotómicas – envolvem, por exemplo conceitos, rápido/lento, grande/pequeno, leve/pesado, mole/rijo e ação/inação (torna mais fácil a reflexão e consciencialização, dadas as suas grandes dificuldades de mentalização) – que possam progredir para atividades de diferentes amplitudes; de atividades estruturadas (proporcionam mais previsibilidade e autocontrolo, logo segurança) que gradualmente se transformem em atividades mais livres, com progressivo aumento da expressividade espontânea; de atividades assentes no corpo real (atividades concretas que facilitam o processo de consciencialização) que preparam para a utilização da imagética; e de atividades mediadas pelo toque indireto (dada a indisponibilidade para o toque direto), incidindo também na relação a três, pelos seus intervenientes – psicomotricista, objeto e adolescente –, dada a sua evidente dificuldade em triangular, que com o trabalho incidente no aumento do conforto e da segurança na relação terapêutica se pretendem realizar atividades mediadas pelo toque direto, que visam sobretudo a relação dual, dada a relação perturbadora com a sua mãe.



### **3.1.7 Progressão do Programa Terapêutico**

De uma forma geral, a intervenção com a Sofia pode ser analisada, tendo por base uma divisão em três principais fases, formadas e descritas através dos comportamentos observados. Para uma análise mais detalhada, a maioria dos relatórios de sessão da Sofia pode ser consultada no Anexo B.

Num primeiro momento de conhecimento dos elementos do grupo, apresentou uma postura interessada no grupo, com resposta a solicitações principalmente dos pares, mas também uma postura observadora, com apenas uma partilha espontânea sobre um tema introduzido pelo outro, embora corporalmente muito defensiva, inibida e hipertónica, sem desejo de exploração. Em relação à psicomotricista, apresentou uma relação maioritariamente de indiferença. Nessa mesma primeira sessão de grupo, revelou uma atitude de incapacidade face ao desempenho nas atividades, com desistência fácil, mas permanecendo junto do grupo, como participante passivo. Também surgiu um discurso verborreico que se intensificou ao longo das sessões e grandes dificuldades de autorregulação da ação e com dificuldades espaciotemporais.

Nesta fase, na atividade do esquema de tensões, foi fortemente observada a indisponibilidade para identificar e reconhecer estados tónicos: agitação corporal, com preferência por estar em decúbito ventral, uma posição de grande proteção, contrariamente à posição de decúbito dorsal, de maior exposição e que simboliza a posição de morte, e com a adoção da posição de decúbito lateral, numa posição regressiva, contentora; sintomas ansiosos e necessidade de controlo do envolvimento e para não deixar espaço ao silêncio – vontade de rir, olhar fixado na psicomotricista, interrupções verbais relacionadas com o tempo em atividade. Aqui, assiste-se a uma deficitária perceção temporal, motivada pela sua sobrevalorização, e que se pode dever ao facto de ser uma atividade de desagrado para a adolescente e à dificuldade em lidar com a restrição da ação que facilita o acesso ao pensamento. Sem reconhecer qualquer tensão corporal, o discurso adotado é “Eu não gosto de fazer isto, eu estou bem, estou sempre bem.” Esta defesa também está presente na adjetivação da semana com “boa” e “normal”. Com o permanente estado agitado verificado na Sofia, a incapacidade em aceder à passividade pode constituir uma defesa contra a angústia psíquica e a vulnerabilidade, pois o abandono dos membros pode ser sentido como ameaçador e inseguro (Martins, 2001a).

A partir da terceira sessão de grupo, esta postura defensiva diminui progressivamente, começando pela utilização da palavra *chata* para descrever a semana. Assim, foram expressas posturas que evidenciaram uma grande necessidade de



contenção (e.g. adoção de posição de semente no chão) e de maior segurança e confiança na relação com a psicomotricista e com o grupo (e.g. colocação numa postura sem suporte visual). Estes aspetos podem estar relacionados com o interesse e ligação ao espaço terapêutico, investindo na sua apresentação, revelando um aspeto menos pesado, e procurando seguir os diferentes momentos da sessão.

Com os pares, numa fase inicial, a própria identificou relações de indiferença, mas assumiu comportamentos de oposição, considerados ambivalentes (e.g. discurso agressivo e simultaneamente com uma expressão facial sorridente) e que são representativos das dificuldades de relacionamento interpessoal, uma vez que o outro sente dificuldades no processo de comunicação perante a postura imprevisível da Sofia. Concomitantemente, começou a procurar comunicar mais com a psicomotricista.

A postura defensiva decresceu ao ponto de caracterizar a semana como *péssima*, observando-se melhorias no conteúdo das partilhas, com o relato de acontecimentos considerados negativos, nomeadamente, em relação ao facto de estar sempre em casa, de situações escolares e de opiniões apontadas pelos pares do grupo. Estas partilhas refletem o aparecimento de pensamentos que podem aumentar a sua fragilidade psíquica. Associado a este período, foram evidentes as dificuldades de separação da mãe, sendo que a Sofia se retirava das atividades e a realizava comentários à porta da sala terapêutica, na sua maioria, não associados às atividades propriamente ditas (“mãe, gosto muito de ti”) como se retirava totalmente da sala. Também o comportamento/discurso ambivalente de procura e afastamento se intensificava: interesse, empenho e procura do outro nas atividades e dificuldades em cumprir regras, com atitudes individualistas, e retirada das atividades; atitude de rejeição do outro (ao ausentar-se do grupo para ir ter com a mãe), mas necessidade de se sentir acolhida e amada. Estes aspetos sugerem dificuldades de diferenciação e consequente autonomização, devido a uma relação atual de simbiose com a mãe nesse período.

Apesar das dificuldades em relaxar (e.g. agitação, risos e cócegas), às quais acrescem as dificuldades recorrentes em permanecer em decúbito dorsal, na atividade centrada no esquema de tensões, o investimento em pintar as figuras do esquema diminui. Zonas em branco surgiram em partes corporais não consciencializadas, remetendo para a possível diminuição das suas crenças, envoltas, nesta altura, em autoquestionamento. As tensões corporais eram associadas a dores físicas, como a dor de garganta que desaparece no final da sessão, sugerindo a presença de atividades que gerem uma sensação reparadora, de cuidado. consciencialização corporal.

Perante as grandes dificuldades iniciais em refletir sobre as atividades psicomotoras, sobressai a importância dos restantes elementos do grupo no seu processo de mentalização, através das suas partilhas, que permitem identificações e o respetivo aprofundamento pela Sofia. Exemplificando, a inicial associação do ritmo lento à tristeza, pode-se transformar positivamente com a associação dos pares à descontração, deixando a hipótese de que se pode permitir estar num ritmo lento de forma prazerosa. O mesmo se constata com o ritmo rápido, não exclusivamente ligado a alegria, como a Sofia aponta, mas também a zanga e pressa.

A relação com a psicomotricista tornou-se mais forte, perante a realização das atividades de relaxação a pares. Durante esta fase, a Sofia procurou assumir, primeiramente, o papel de agente ativo, de cuidar da psicomotricista. Remetendo para a relação mãe-filha aquando do falecimento do pai, perante o quadro depressivo da mãe, a Sofia procurou reanimá-la, mas sem sucesso, gerando sentimentos de culpa e a identificação com a mãe deprimida (Gueniche, 2005; Braconnier, 2007).

A terceira e última fase, constituída pelas últimas quatro sessões de grupo, iniciou-se com o interesse exclusivo em ser agida pela psicomotricista, sem assumir o papel de agir, procurando o toque direto, nomeadamente através de um comportamento muito regressivo, no qual se senta ao colo da terapeuta para a realização da atividade de relaxação. Oferecendo uma relação maternal simbólica, através de uma base relacional de conforto e dependência positiva, os aspetos regressivos permitem reviver de forma segura a relação com a mãe e, assim, reestruturar-se (Martins, 2001a; Maximiano, 2004; Vecchiato, 1989). Neste período, assistiu-se a um desaparecimento da necessidade de retirada da sessão em direção à mãe, sendo mais expressiva a procura pela relação dual com a psicomotricista, com rejeição de uma atividade a três, colocando a hipótese de existência de dificuldades ao nível da triangulação, justificadas pelas falhas ocorridas na díade.

Embora com dificuldades no acesso à passividade, a principal alteração prendeu-se com a diminuição da sua agitação, pois o investimento corporal, ao longo das sessões, permitiu o descobrimento pela própria de uma posição estática geradora de uma sensação de prazer e bem-estar (em posição fetal, abraçando uma bola suíça). Esta disposição parece justificar a consistência observada nas figuras do esquema de tensões, durante esta fase, preenchidas apenas com um traço a verde em todas as partes do corpo, e cuja reflexão consiste no silêncio.

### 3.1.8 Avaliação Final

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos na avaliação final, serão apresentados os resultados também relativos à avaliação inicial, como termo de comparação e, simultaneamente, serão discutidos.

No **SDQ**, de uma forma geral, todas as escalas, incluindo as preenchidas pela Sofia e as da sua mãe, apresentam valores mais negativos ou mantêm-se iguais, comparando os resultados iniciais e finais, como se pode observar pela imagem 3.2. Porém, como é observável na imagem 3.3, relativo ao suplemento de impacto, a mãe identifica uma diminuição do impacto das dificuldades com os *amigos* e nas *brincadeiras/tempos livres* e a Sofia mantém a caracterização das suas dificuldades como *pequenas*, com pouco impacto na escola, contrariando o parecer da mãe, que identifica como  *muitíssimo* o impacto neste envolvimento.

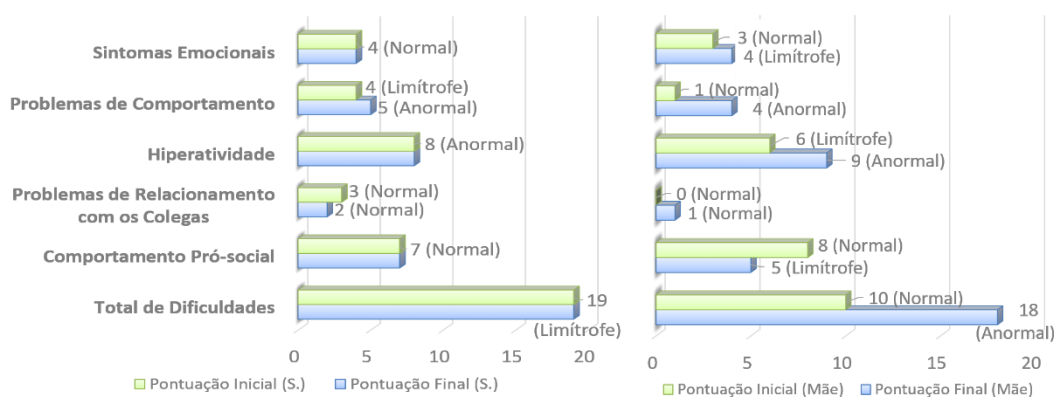


Figura 3.2: Resultados do SDQ – Versões Pais e Crianças

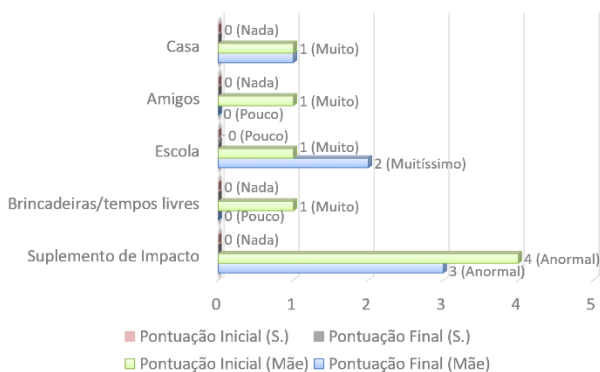


Figura 3.3: Resultados SDQ: Suplemento de Impacto – Versões Pais e Crianças

Da **Escala de Conners – Forma Reduzida**, a mãe salienta *problemas cognitivos/desatenção*, com uma percentagem aumentada em relação à escala inicial (de 73,33% para 80,00%), aumentando também as restantes subescalas, como é exibido

através da imagem 3.4: 38,09% em relação ao *excesso de atividade motora* e 26,67% aos *comportamentos de oposição*.

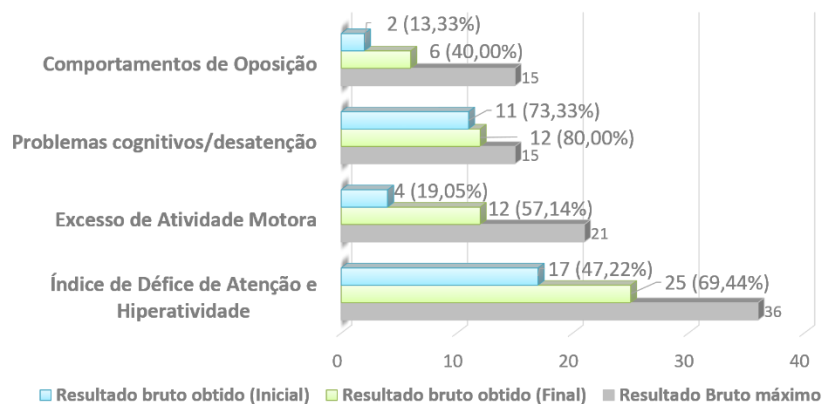


Figura 3.4: Resultados Escala de Conners – Forma Reduzida – Versão Pais

No **SCARED-R**, globalmente, o valor dos resultados foi próximo do inicial, com diminuição de 6 pontos, no caso da mãe, e de 2 pontos, relativamente à Sofia, ou seja, com a pontuação total de 32 (mãe) e 38 pontos (Sofia). No entanto, pela análise das

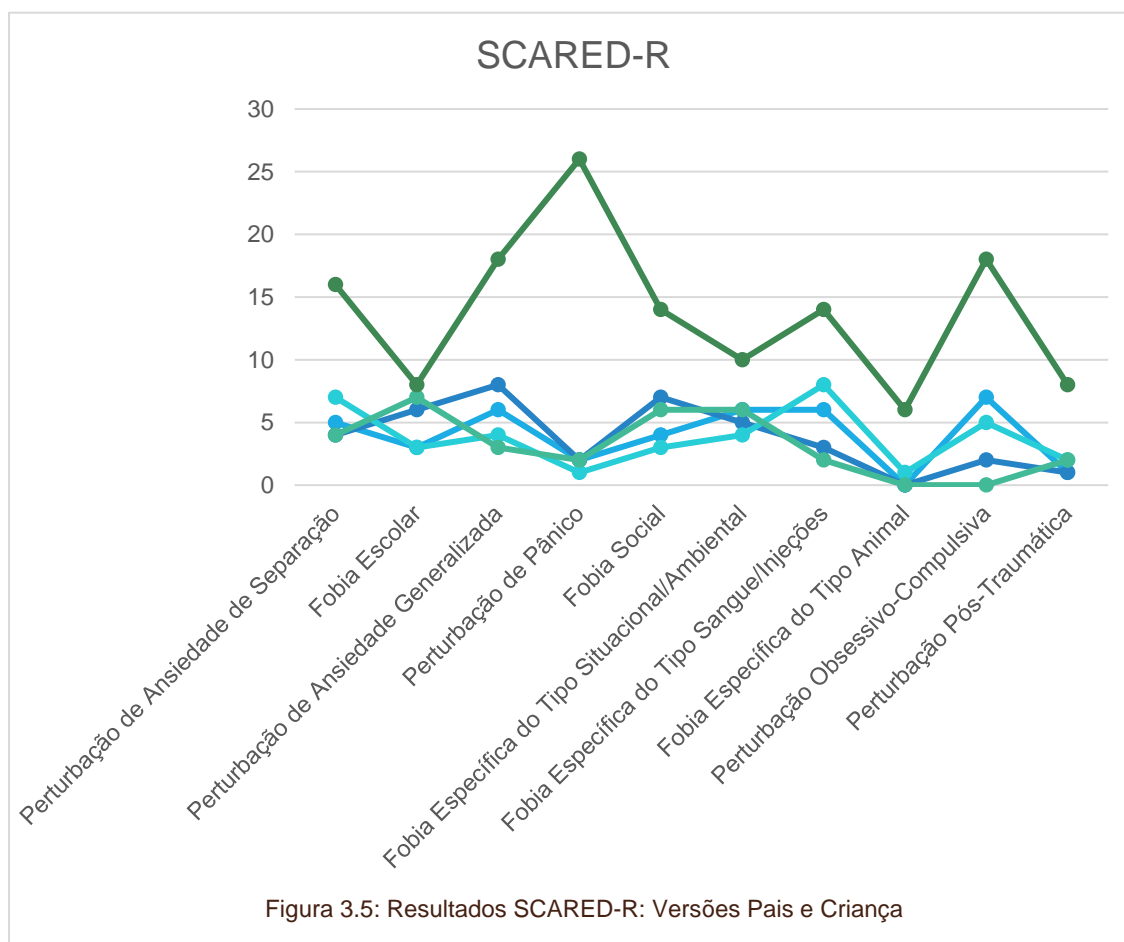


Figura 3.5: Resultados SCARED-R: Versões Pais e Criança

percentagens obtidas em cada subescala, no caso concreto da *fobia escolar* os resultados sobem, como observável na figura 3.5.

Relativamente aos subfactores *paratonia* e *passividade* da **BPM** avaliados, de uma forma geral, verifica-se uma diminuição do perfil hipertónico inicial, com movimentos mais harmoniosos e menos repetidos, com diminuição das paratonias e aumento da passividade em todos os membros. Em termos mais precisos, os membros superiores alteraram de um perfil apráxico para um perfil dispráxico e nos membros inferiores assistiu-se a uma mudança de um perfil dispráxico para um perfil eupráxico. Esta diferença entre membros pode-se dever à maior proximidade entre a psicomotricista e a adolescente, aquando da avaliação dos membros superiores, o que pode aumentar a pressão sentida. No entanto, a dificuldade inicial em aceitar o toque direto desvanece.

Pelo **Esquema de Tensões** final, a Sofia continuou a não identificar qualquer tensão corporal, mas, ao invés de investir no desenho inicial ao pintar toda a área corporal a verde, apenas faz, rapidamente, alguns traços por todas as partes do corpo, permanecendo a maioria da área corporal em branco. No momento destinado ao scan corporal, no início da sessão, agarrava-se a uma das bolas suíças presentes na sala, colocando-se em decúbito lateral, adotando esta posição de contenção e segurança, na qual permanecia todo o tempo. A bola colocada a tocar na barriga e nos braços aumenta a superfície de contacto que facilita a consciencialização corporal. Comparativamente ao esquema de tensões inicial, a agitação corporal diminuiu, permanecendo numa posição estática durante praticamente todo o scan, sem verbalizações e respeitando o tempo relativo ao scan, com uma perceção temporal mais adequada. À semelhança do que se verifica nos restantes instrumentos, este esquema final demonstra a sua dificuldade na consciencialização corporal de tensões, representado a branco. Porém a passagem de verde para branco revela alterações positivas no processo de mentalização.

Com a aplicação do **DAP**, à semelhança do verificado inicialmente, o desenho das figuras humanas apresentou valores medianos no que respeita à representação do esquema corporal, à exceção do desenho da própria que é médio alto.

Pela análise das figuras 3.6 e 3.7, a nível qualitativo, realçam-se os seguintes pontos: a ausência de sentimentos de incapacidade, como na primeira avaliação; a escolha da esferográfica, ao invés do lápis de carvão inicial, embora mantendo o cariz unicolor; e a repetição de desenhos de pequenas dimensões, realizados num curto espaço de tempo e com a mesma expressão facial (sorriso rasgado, olhos grandes e de soslaio); a predominância dos desenhos sobre o lado esquerdo, que pode representar a ligação a um

acontecimento do passado e impulsividade (Widlöcher, 1971), sendo que o desenho da mulher encontra-se em cima dos limites da folha, o que pode revelar falta de controlo, imaturidade e uma atitude de oposição (Widlöcher, 1971), como apresentava em relação à mãe. De destacar, assim como apontam os resultados quantitativos, o investimento superior, relativamente à figura inicial, no desenho da própria. Esta figura diferencia-se da da mulher, a qual possui o cabelo e o vestuário característicos da Sofia, o que parece

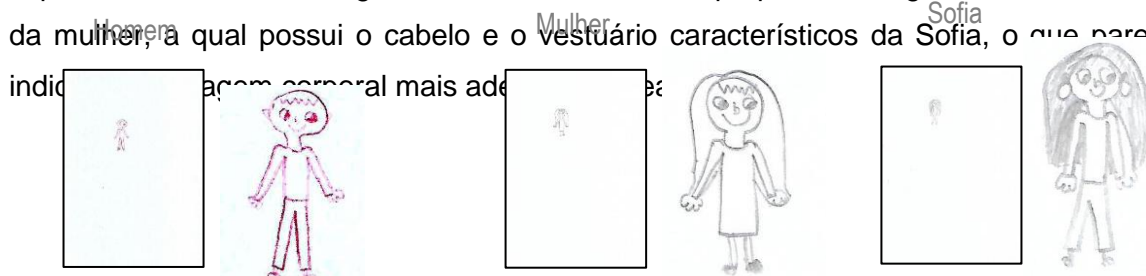


Figura 3.6: DAP Inicial da Sofia

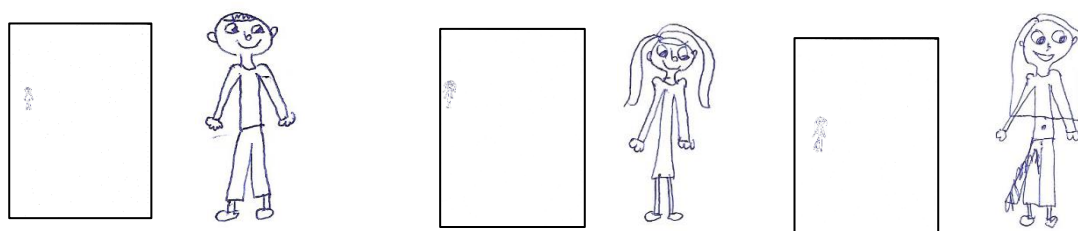


Figura 3.7: DAP Final da Sofia

Através da **GOC**, distinguem-se os seguintes aspetos e alterações: diminuição da sua apresentação ansiosa e distraída, mas aumento da passividade e do desinteresse, associado à diminuição da adesão voluntária, incremento da adesão com estímulo e aparecimento de desmotivação e desistência, com e sem esforço anterior; atenção durante a instrução e nas atividades aumentada; menor impulsividade motora e verbal; apresentação de comportamentos adequados às atividades, mas com diminuição de comportamentos ajustados, mesmo quando chamada à atenção, resultante da passividade demonstrada; exploração mais investida de grande parte do espaço e de todos os materiais, estabelecendo uma relação de atração por bolas suíças e lenços, mas com preferência por atividades realizadas com a psicomotricista; aparecimento de partilhas complicadas e de sentimentos negativos; redução, quase por completo, dos comportamentos repetitivos com as mãos; desaparecimento da expressão facial sorridente, com adequação da expressão ao discurso; diminuição do discurso verborreico,

acelerado, embora permaneça pouco fluente, inseguro e com um tom de voz alto; maior adequação na relação com o outro, em que a desinibição excessiva inicial dá lugar a uma gestão mais apropriada da distância interpessoal, com o aumento da proximidade ao outro, aceitando e procurando o toque da psicomotricista, embora com uma postura ambivalente com momentos de aproximação, mas também de afastamento; menor inflexibilidade às sugestões dos outros, mas também diminuição da participação nas decisões de grupo, por passividade; aumento da relação de oposição com os pares e desaparecimento da relação de indiferença inicial, mantendo relações recíprocas, quando estimulada pelo outro. De realçar, ao nível dos fatores psicomotores, melhorias ao nível de percepção temporal e rítmica, com aumento da noção de tempo, aceitando e respeitando melhor os tempos da sessão.

De forma geral, o aumento dos valores obtidos nos instrumentos finais, principalmente nos preenchidos pela mãe, parecem estar associados ao aumento da consciencialização dos problemas da filha. Já a adolescente apresenta resultados que indicam também esse aumento de consciencialização. Esse incremento não é apresentado noutros resultados, o que pode ser consequência, como forma de proteção, da presença de sentimentos de negação associadas ao contacto da Sofia com as suas dificuldades.

### **3.1.9 Apreciação Global/Discussão dos Resultados e Conclusões**

Antes de mais, tendo por base os instrumentos utilizados e a avaliação informal, os objetivos terapêuticos foram analisados, segundo a seguinte classificação: adquirido, na sua presença em pelo menos três atividades consecutivas; não adquirido, na sua ausência completa em nenhuma das sessões ou apenas até duas atividades; e emergente, pela sua presença inconstante ao longo da intervenção, mas exigindo a sua observação em pelo menos três atividades. Os resultados são satisfatórios, com 80% dos objetivos adquiridos, apesar do número reduzido de sessões. No entanto, 12% dos objetivos foram considerados emergentes e 8% como não adquiridos.

De forma específica, no domínio psicomotor, ao nível da consciencialização corporal e regulação tónica, todos os objetivos foram considerados adquiridos. Relativamente à orientação temporal, dos três objetivos definidos, o associado à percepção temporal foi avaliado como emergente, sendo classificados como adquiridos os restantes.

Na vertente cognitiva, a atenção sustentada apresentou-se melhorada, com o aumento dos períodos de atenção durante as instruções e a execução das atividades.

No domínio socioemocional, todos os objetivos foram adquiridos, à exceção do relacionado com a imitação espontânea do outro e do aumento da capacidade de desenvolvimento de estratégias. A capacidade de mentalização foi considerada como emergente.

De forma sucinta, fazendo uma comparação pré e pós intervenção, para além de se destacar a diminuição das queixas por parte da mãe, salientam-se diversos aspetos, esquematizados na tabela 3.4.

Tabela 3.4: Comparação pré e pós intervenção com a Sofia

Pré-intervenção	Pós-intervenção
Comportamentos de oposição para a mãe	Relação mãe-filha mais adequada
Inseparabilidade da mãe	Períodos de separação da mãe
Permanência diária em casa	Interesse em atividades no exterior
Isolamento social	Socialização (no exterior, com diferentes amigas)
Recusa escolar	Transição de ano escolar, com ida à vista final de ano
Problemas de sono (insónias)	Melhorias na qualidade de sono

Apesar das melhorias já mencionadas, acompanhadas por um aumento da consciência da sua problemática, a necessidade da continuação do acompanhamento é evidente, pois os objetivos definidos foram estruturados para o período em questão, necessitando de serem estruturados outros objetivos que requerem mais tempo de intervenção, como são exemplificativos os objetos não adquiridos ao longo das 15 sessões. No estudo de Leal et al. (2015), que analisaram adolescentes portugueses com perturbações de ansiedade e afetivas em recusa escolar também em intervenções terapêuticas em grupo, detetaram a necessidade da realização de 95 sessões e 16,8 meses de seguimento, mais de 41 sessões em comparação com acompanhamentos por outros motivos.

### 3.2 Análise de Caso II – Augusto

Na tabela 3.5, estão incluídos os principais aspetos de identificação para a presente análise de caso.

Tabela 3.5: Identificação do Augusto

Identificação	
Nome	Augusto
Data de nascimento	30/11/2006 (10 anos)
Ano de escolaridade	4º ano



<b>Motivo de encaminhamento para o SPSMIA</b>	Alterações do Comportamento na sequência de um luto paterno e enurese secundária diurna
<b>Motivo de encaminhamento para Terapia Psicomotora</b>	Agitação psicomotora, impulsividade, tiques faciais e gaguez associados a ansiedade e somatizações
<b>Início do acompanhamento em Terapia Psicomotora</b>	Fevereiro de 2017
<b>Nº de sessões de Terapia Psicomotora realizadas</b>	17 sessões

### 3.2.1 Anamnese

Neste subcapítulo, a anamnese do Augusto será organizada tendo em conta a sua história pessoal, familiar, escolar e clínica.

#### 3.2.1.1 História Pessoal e Familiar

O Augusto vive no seio de uma família monoparental e, como observado no genograma apresentado na figura 3.8, o seu agregado familiar, representado através da forma oval, é constituído pela sua mãe, cuja profissão é professora, e os seus dois meios irmãos da parte da mãe. Da parte do pai, tem mais quatro meias irmãs, com as quais mantém contacto, embora com maior proximidade com a meia irmã mais nova. A mãe descreve que a relação do Augusto com os irmãos é boa e que, em especial, a meia-irmã materna “é a segunda mãe”.

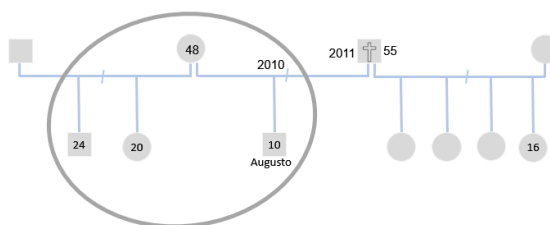


Figura 3.8 Genograma do Augusto

A gravidez do Augusto não foi planeada, envolveu conflitos conjugais, mas sem intercorrências. O parto foi às 38 semanas, realizado através de cesariana, com 3,350 Kg, sendo que a sua mãe tinha 41 anos. A mãe descreveu a sua reação face ao bebé, e também do pai, como muito boa, adjectivando-o como lindo. Nesta altura, a mãe sentia-se bem, cuidando do Augusto nos primeiros tempos de vida, sendo apoiada pelo pai. No entanto, a mãe referiu que a reação do pai face ao bebé “dependia dos dias”.

Aos seus 12 meses, ocorreu a separação dos seus pais, o único filho proveniente desta relação, ficando a viver com a mãe.

Em 2010, tinha o Augusto 4 anos, o pai foi diagnosticado como doente terminal com Hepatite C, falecendo, meses mais tarde, em 2011, com 55 anos. A mãe caracteriza a relação pai-filho como “muito boa”, acrescentando “com o pai era só brincar”. Também revelou que as preocupações com o seu filho iniciaram neste ano, recorrendo aos profissionais dos cuidados paliativos, que acompanharam o pai do Augusto.

Em 2014, passou a viver só com a mãe e a meia irmã da parte da mãe, uma vez que o meio irmão foi trabalhar para o Canadá, como padeiro, onde permaneceu quase 3 anos, regressando, recentemente, para a casa da mãe.

Em relação ao seu percurso escolar, entrou para o infantário aos 36 meses e, atualmente, encontra-se na escola onde a mãe leciona, não se destacando dificuldades de integração e apresentando sempre bons desempenhos escolares.

### **3.2.1.2 História Clínica**

Em termos clínicos, ao nível da alimentação, o aleitamento materno ocorreu até aos 24 meses, com boa adaptação ao biberão, mas com passagem rápida para o copo. Também reagiu bem à introdução dos sólidos e, atualmente, come bem e tem sempre apetite.

Relativamente ao sono, em bebé apresentava um sono tranquilo, sem qualquer preocupação a este nível. Com 9 anos, passou a ter quarto próprio, pedindo, por vezes, para dormir com a mãe, sendo que, com o regresso do meio irmão, passaram a dividir o quarto.

Ao nível da linguagem, o Augusto já necessitou, durante cerca de um ano, de acompanhamento ao nível da Terapia da Fala, apresentando, atualmente, sigmatismo, ou seja, uma alteração articulatória, caracterizada pela pronúncia incorreta do fonema /s/.

No que respeita à socialização, a mãe relatou o gosto do Augusto em socializar, estabelecendo relações adequadas com os adultos, mas sente que o filho não é muito desejado pelos amigos, apontando a ausência dos pares nas festas de aniversário do Augusto.

O controlo de esfíncteres diurno ocorreu aos 24 meses e noturno aos 36 meses, salientando-se enurese secundária diurna a partir dos 5 anos.

No que concerne a outros sintomas, revela algum receio do escuro, apresentando também tiques, que se vão diversificando ao longo do tempo, atualmente centrados ao nível dos olhos e da garganta.

Em termos de história de doença clínica na família, apenas se destaca cancro da mama na família materna, sendo que a mãe não apresenta qualquer doença. Da família paterna, a mãe só relatou, para além da doença do pai, problemas relacionados com álcool e drogas, caracterizando-o como um homem “manipulador, fantasioso e que se vitimizava muito” e considerando a existência de problemas do foro da saúde mental, ligada a bipolaridade nunca diagnosticada.

Em fevereiro de 2016, com 9 anos, o Augusto foi encaminhado pelos cuidados paliativos, onde o seu pai esteve internado, por alterações do comportamento decorrente do falecimento do seu pai (irritação, vitimização e invenção de histórias) e enurese secundária diurna. Nessa altura, iniciou acompanhamento psicológico, não sendo atribuído qualquer diagnóstico a esta criança.

### 3.2.2 Avaliação Inicial

No que concerne aos dados obtidos através da **BASC**, os perfis clínico e adaptativo são analisados nas versões da mãe, da diretora de turma da escola do Augusto e do próprio.

Relativamente ao perfil clínico, a escala *ansiedade* é, na versão do Augusto, cotada como *cl clinicamente significativa* (70), estando, nas versões da mãe e da professora, abaixo do marco preocupante, com 49 e 55, respetivamente, embora esta escala seja a mais cotada pela professora. A escala *somatização*, pela mãe, apresenta-se *em risco* (69), assim como a *depressão* apenas para o Augusto (68), mas de frisar que a *componente de problemas internalizados*, que contempla as escalas *ansiedade*, *depressão* e *somatização*, apresenta-se *em risco* (60), na versão da mãe. A escala *atipicidade*, apresenta-se como *cl clinicamente significativa* quer na versão da mãe (80), quer na do filho (71). De salientar, na versão preenchida pelo próprio, a maioria das escalas com pontuações no marco indicador de risco ou acima, das quais fazem parte, para além das referidas anteriormente, a atitude com os professores (60), o stress social (70) e a componente de perturbações clínicas (68).

Do perfil adaptativo, destacam-se problemas de *adaptabilidade*, de acordo com a professora (28) e com a mãe esta escala encontra-se em risco (33). Na versão preenchida pelo Augusto, verifica-se uma boa *autoestima* e a *autoconfiança*, encontrando-se *em risco* a *relações com os pais* (35) e a *relações interpessoais* (32).

Do **SCARED-R**, apenas entregue o instrumento preenchido pela mãe, o resultado total é de 12, um valor muito distante do perfil com risco clínico. A nível específico, o valor

percentual mais elevado foi na *Fobia Específica do Tipo Situacional/Ambiental* com 30,00%, sendo que as restantes dimensões não ultrapassam os 16,67%, nomeadamente a *Perturbação de Ansiedade Generalizada* com 5,56%.

Do **PG-13**, a maioria dos resultados é cotada pelo valor mais baixo, tendo obtido o resultado 3 (*razoavelmente*) apenas numa questão, relacionada com a *difficuldade em confiar nos outros desde a perda*. Deste modo, com a ausência de sintomas de ansiedade de separação, de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais e de disfunção social e ocupacional, não se observam dificuldades na integração do luto do pai do Augusto, com o qual sempre teve uma relação conflituosa.

Pelo **ecomapa** é observável uma vasta rede de apoio a esta família, tanto de cariz informal, englobando, em primeiro lugar, o trabalho da mãe, o seu pai e as suas amigas, e também duas das meias irmãs e outros familiares. A rede de apoio formal é constituída pelo HPV, pela escola do Augusto e pelas suas atividades extracurriculares (teatro, natação e música), sobre as quais a mãe destaca o grande interesse e investimento do filho.

No **DAP**, a nível quantitativo, os desenhos da figura humana apresentam valores medianos, tendo em conta a sua idade. Da informação qualitativa, evidenciam-se os seguintes aspetos: lateralidade manual direita; agitação corporal; preensão adequada e traço firme; presença de sentimentos de pouca autoconfiança (“isto não se percebe bem”), principalmente na fase inicial; grande interesse e motivação nos desenhos, visível através do seu investimento, em que situa a figura humana num contexto em particular; utilização de todo o papel, destacando as figuras humanas no centro da folha; e necessidade de fazer uma assinatura do seu nome em todos os desenhos, com o intuito de confirmar que a psicomotricista não se esquecesse do seu trabalho.

Especificando o primeiro desenho, a figura do homem sugere a presença de elementos relacionados com o seu pai: a ligação ao céu (através da cabeça a tocar no sol e nas nuvens) e à morte propriamente dita e o facto de o desenhar bêbado. A mulher foi desenhada num casamento sozinha, salientando-se o uso apenas da cor vermelha – frequentemente associada a hostilidade (Widlöcher, 1971). Para terminar, a caracterização do próprio parece revelar um autoconceito negativo – ao assumir-se como um diabo, a representação do mal, considerado o acusador e indesejado por todos – e com uma alteração da imagem corporal também pela negativa, por considerar ter orelhas pontiagudas. Esta figura é a mais imatura, com efetivamente uma pontuação muito inferior das restantes.

Descrevendo as sessões no grupo de adolescentes através da **GOC**, o Augusto revelou uma apresentação desinibida, ativa, cooperante, com motivação e empenho; uma adesão voluntária e atenção em todas as atividades; uma grande agitação no momento destinado ao esquema de tensões e um adequado ajustamento às tarefas. Os comportamentos observados estavam relacionados com o papel que o Augusto representava no seio do grupo e que justificaram a mudança para o grupo II: ao ser o mais novo, os restantes elementos permitiam a realização de todas as suas ideias, iniciativas ou sugestões, com as quais os adolescentes não se identificavam, nomeadamente associadas ao interesse pelo jogo simbólico, como tão evidenciado na sessão individual.

Da GOC relativa às duas primeiras sessões com o outro grupo de crianças, distinguem-se os seguintes aspetos: apresentação desinibida, ativa, cooperante, com motivação e empenho, com adesão voluntária às atividades, na primeira sessão; apresentação agitada sem adesão à maioria das atividades propostas pelos pares, com zanga; impulsividade, dado iniciar a atividade antes de terminada a instrução, não esperar pela sua vez, nem planear a execução da tarefa; desistência fácil, sem persistência; comportamentos desajustados, alguns controlados quando chamado à atenção, mas também com agressividade verbal e física dirigida a objetos, aos pares e à psicomotricista; iniciativas e sugestões ajustadas; desrespeito pelas regras com comportamentos de oposição e alteração das mesmas; baixa tolerância à frustração, em que para além dos comportamentos agressivos já mencionados, acresce a tentativa de colocar o culpa no outro; prazer lúdico, com exploração de todo o espaço e materiais, mas com principal interesse pelo jogo simbólico, mais precisamente por lutas; adequadas capacidades de memória, ao nível da retenção e evocação; compreensão de instruções simples e complexas; discurso desorganizado temporalmente, confuso na forma, por vezes, com um ritmo acelerado e não fluente, acompanhado de tiques motores nervosos (piscar de olhos) e olhar com fugas recorrentes; gaguez fundamentalmente detetada em momentos de exposição ao grupo e fala infantilizada, quando alvo de atenção; comunicação por gestos e mímica e sorrisos espontâneos e adequados; desinibição excessiva na relação com o outro (apresentação demasiado social, com procura de protagonismo), não gerindo a distância interpessoal (com comportamentos agressivos); dificuldade em aceitar o toque direto da psicomotricista e dos elementos do grupo, sem procurar espontaneamente tocar e ser tocado pelos pares; relação cooperante e afetuosa com a psicomotricista, com procura de uma relação exclusiva, com a qual desenvolveu estratégias eficazes e adequadas, mas também estabeleceu uma relação de oposição e agressividade em momentos de zanga, apenas nas sessões de grupo; relações de oposição com os pares,

com dificuldades em aceitar as sugestões dos colegas, ao impor as suas, sem capacidade de desenvolvimento de estratégias nos jogos com os pares, preferindo a psicomotricista e com dificuldades em expressar/demonstrar os seus sentimentos (ignorou, evitou, afastou ou rejeitou); paratónias; dificuldades em aceitar os tempos da sessão, procurando o seu prolongamento; e boa coordenação de movimentos globais e distais. Contrastando com alguns comportamentos registados em contexto grupal, em registo individual esforçou-se e não desistiu de forma autónoma, apresentando comportamentos adequados.

Todos estes aspetos apoiam a necessidade de intervenção em grupo, o que suporta a preocupação partilhada pela mãe relativa as dificuldades de relacionamento com os pares, em que o Augusto passa a maior parte dos intervalos na biblioteca a ler ou a jogar sozinho.

### **3.2.3 Hipóteses Explicativas**

Como hipóteses explicativas da expressão comportamental do Augusto consideraram-se a existência de défices ao nível da vinculação, de fatores de risco do tipo genéticos, associados à possível doença do pai, e de dificuldades na resolução no processo de luto.

A hipótese centrada na existência de défices na vinculação prende-se com a pouca estabilidade emocional antes e pós o nascimento do Augusto no seio familiar, estendendo-se pelos primeiros anos de vida desta criança. Os fatores de risco compreendem problemas familiares como a ausência de afeto, disfunções familiares, envoltas de separações (Rygaard, 2006) e problemas de saúde dos progenitores (Santos, 2013). Uma criança que revele uma vinculação do tipo insegura apresenta estratégias secundárias de regulação emocional (Guenedy & Guenedy, 2004). Mais especificamente, conforme a revisão bibliográfica dos autores atrás mencionados, perante a presença de uma vinculação insegura-ambivalente, a criança recorre à hiperatividade ou à intensificação da sua expressão emocional (Mikulincer et al., 2003). De forma geral, estas estratégias podem originar uma menor capacidade de resolução de problemas, a presença constante de emoções negativas e níveis de ansiedade difíceis de gerir, sendo que a criança acaba por ter uma visão do mundo caótica e ameaçadora (Guenedy & Guenedy, 2004). Crianças que se revelam ansiosas ambivalentes, procuram interagir com os pares, embora apresentem poucas competências ao nível da iniciação e da manutenção das relações, devido à rapidez com que se sentem frustradas (Soares, 2007). Por outro lado, um quadro de irritabilidade, impulsividade e grandes dificuldades de autorregulação nas crianças pode conduzir a estilos parentais baseados em inconsistências disciplinares, rejeição e negligência (Mestre, Garcia, Vidal & Tomás, 2017).

Relativamente ao pai, a possível existência de uma perturbação psiquiátrica está associada a um grande risco de desenvolvimento de problemas semelhantes no filho, mas também de outros diagnósticos, como problemas de comportamento (Santvoort et al., 2015). Para além disso, os problemas do pai relacionados com álcool e drogas podem prejudicar a função paternal, uma vez que os pais se apresentam mais autocentrados, com dificuldades no controlo das emoções, menor sensibilidade, responsabilidade e afeto (Muchata & Martins, 2010). O modelo de identificação relativo ao relacionamento com os outros fica comprometido, interferindo com o desenvolvimento do filho, que aumenta a sua vulnerabilidade para o aparecimento de problemas emocionais e de comportamento, nomeadamente de personalidade antissocial caracterizada por impulsividade e agressividade (Muchata & Martins, 2010).

A estes aspetos junta-se a possível dificuldade na resolução do processo de luto do seu pai. No Augusto observa-se uma resposta adaptativa, associada ao modelo das *continuing bonds*, que remete para as ligações contínuas estabelecidas com o falecido (Klass, 2017): “eu sinto que ele está no meu coração, dentro de mim e a ajudar-me a cada dia que passa”. Estas ligações podem contemplar a crença que o falecido influencia o pensamento ou situações, na inclusão de características da pessoa amada em si mesmo (Klass, 2017), sendo que a mãe aponta características semelhantes entre pai e filho (“ele tem tantas coisas do pai, às vezes isso assusta-me... os tiques, a vitimização, a intensidade, a criatividade”) e que podem ser também procuradas pelo Augusto. Estas ligações podem consistir em estados emocionais relacionados com as situações e memórias do falecido, alucinações relacionadas com o falecido, na crença que o falecido influencia o pensamento ou situações, ou na inclusão de características da pessoa amada em si mesmo (Klass, 2017).

### **3.2.4 Fatores de Risco e de Proteção**

Tendo em conta as informações supramencionadas, foram identificados os fatores de risco e de proteção relacionados com os aspetos do meio envolvente que podem agravar a situação do Augusto e os que podem contribuir para uma evolução positiva, para além do acompanhamento terapêutico a esta criança.

Os fatores de risco prendem-se com o estilo parental relacionado com algumas características de exigência, o excessivo trabalho materno e o seu ritmo acelerado, os diversos períodos passados sozinhos em casa e, mais recentemente, a mudança de casa. Por outro lado, a rede de apoio significativa, a participação em atividades extracurriculares



de interesse do próprio e a realização de atividades em família constituem os fatores de proteção.

### 3.2.5 Perfil Intraindividual

Depois de analisar os resultados provenientes da avaliação formal e informal, foi possível construir o perfil intraindividual do Augusto, onde se identifica, na tabela 3.6, para os domínios cognitivo, socioemocional e psicomotor, as suas áreas fortes, através das quais se iniciou a intervenção, e as áreas fracas, sobre as quais se incidiram os objetivos de intervenção.

Tabela 3.6: Perfil Intraindividual do Augusto.

Áreas Fortes	Áreas Fracas
<b>Domínio Psicomotor</b>	
- Coordenação motora global	- Regulação tónica
- Estruturação espacial	- Autorregulação da ação (agitação psicomotora e impulsividade)
<b>Domínio Cognitivo</b>	
- Capacidade de aprendizagem	
- Capacidade de resolução de problemas	
- Linguagem verbal receptiva e vocabulário	
- Atenção	
- Jogo simbólico/criatividade	
<b>Domínio Socioemocional</b>	
- Espontaneidade	- Agressividade e impulsividade
- Capacidade de iniciativa	- Ansiedade
- Motivação	- Tolerância à frustração/crítica/sugestão do outro
- Comunicação não-verbal	- Linguagem verbal expressiva
- Facilidade na criação de uma relação empática com o adulto	- Isolamento
	- Cooperação
	- Resolução de conflitos interpessoais
	- Respeito pelas regras

### 3.2.6 Projeto Terapêutico

Os objetivos terapêuticos, as atividades e as estratégias privilegiadas constituem os tópicos explorados no projeto terapêutico do Augusto.

#### 3.2.6.1 Objetivos

Os objetivos terapêuticos, traçados nos domínios psicomotor e socio emocional, para o Augusto, estão esquematizados na tabela 3.7.

Tabela 3.7: Objetivos terapêuticos do Augusto

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<b>Domínio Psicomotor</b>	
Promover a intencionalidade da ação	- Aumentar a capacidade de planeamento e organização da ação - Diminuir a impulsividade da ação



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direcionar a agitação para um fim/objetivo</li> <li>- Aumentar a responsabilidade na ação</li> </ul>
Promover a regulação tónico emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o estabelecimento de limites corporais</li> <li>- Promover o acesso à passividade, diminuindo as paratonias</li> <li>- Estimular a aceitação do toque</li> <li>- Promover a utilização espontânea do toque na relação</li> <li>- Diminuir movimentos parasitas/tiques motores nervosos</li> </ul>
<b>Domínio Socioemocional</b>	
Aumentar a cooperação/adequabilidade na relação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar momentos de interação por iniciativa própria</li> <li>- Aumentar a receptividade às ideias</li> <li>- Aumentar a aceitabilidade de sugestões</li> <li>- Promover momentos de partilha</li> <li>- Diminuir a distância interpessoal</li> <li>- Melhorar o respeito pelas regras</li> <li>- Aumentar o contacto visual com o outro</li> </ul>
Aumentar a capacidade de resistência à frustração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar o tempo em atividade</li> <li>- Aumentar a gestão da proxémia</li> </ul>
Melhorar a linguagem verbal expressiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir movimentos parasitas</li> <li>- Apresentar um discurso organizado temporalmente, lógico e coerente</li> <li>- Diminuir a velocidade do discurso</li> </ul>

### **3.2.6.2 Atividades**

As atividades a privilegiar durante as sessões com o Augusto são as seguintes: o jogo simbólico, que assenta num diálogo corporal, no qual a distância interpessoal é gerida, como nos processos de ausência e presença; o jogo construtivo ou funcional, envolvendo o construir/destruir e reconstruir, com o intuito de formar, exemplificando, casas/abrigos/fortes; as atividades em espelho, de consciencialização e de autorreconhecimento; os jogos de oposição e também de cooperação; as atividades gnoso-práticas, numa fase posterior à vivências de atividades espontâneas, centradas na organização e planificação da ação; e, ainda, atividades de relaxação, no final da sessão, fundamentalmente, para trabalhar a regulação tónico emocional.

### **3.2.6.3 Estratégias**

Para além de utilizar como estratégias a promoção de um ambiente lúdico, securizante e significativo, a construção de uma relação empática entre a criança e o terapeuta e o recurso à atividade espontânea e aos seus interesses e motivações, tão importante nesta área de intervenção, as estratégias que se consideraram como as mais adequadas a adotar durante o processo de intervenção passam pelos seguintes aspetos: promover atividades de exploração e motoras, do seu maior interesse e necessidade, tendo em conta a sua agitação psicomotora e impulsividade; colocar à disposição materiais de construção e de contenção (tecidos, cordas, etc.), essencialmente, para a aproximação ao Augusto, através do toque indireto, e para o próprio se sentir mais confortável e seguro e também

para estabelecer mais facilmente contacto com os elementos do grupo através dos objetos; favorecer o jogo em grupo, dada as suas dificuldades com os pares; e proporcionar inicialmente atividades de relaxação dinâmicas, para, progressivamente, explorar atividades mais estáticas, devido à sua agitação psicomotora.

### **3.2.7 Progressão do Programa Terapêutico**

Ao longo da intervenção, o comportamento do Augusto pode ser descrito em quatro fases apresentadas no espaço que se segue. Para uma análise mais detalhada, todas os relatórios das sessões do grupo do Augusto encontram-se no Anexo C.

Das três sessões com o grupo dos adolescentes, destacou-se uma postura descontraída, ativa, colaborante e motivada em todas as atividades. Neste período, foi evidente um elevado desempenho intelectual, ao nível do vocabulário utilizado, criatividade e capacidade de resolução de problemas. Esta capacidade foi utilizada com o intuito de se equiparar aos seus pares adolescentes, numa procura de inclusão e de aceitação, mas também através de um papel de destaque pouco consistente e muito desadequado. Mais concretamente, adotava uma postura de querer divertir e entreter os seus pares, colocando de lado os seus interesses, centrados no jogo simbólico, bem marcado na sessão individual. A rapidez na análise das informações, como acontece com as crianças sobredotadas, pode explicar a aparente impulsividade no discurso (Boscaini & Saint-Cant, 2013), as quais também revelam dificuldades de socialização (Saint-Cant, 2008).

Com a inclusão no grupo II, surgiu a segunda fase da intervenção, a qual corresponde às duas primeiras sessões. Esta fase é denominada de onipotência, baseada na imposição das suas ideias e rejeição das sugestões dos pares, embora o Augusto também tenha revelado interesse nas atividades dos pares, ao procurar realizá-las num momento posterior e individualmente. Através do jogo simbólico, focado nas lutas e na conquista do forte do adversário e numa relação de competição com a psicomotricista e os pares do sexo feminino, exaltou a sua força, com refere Aucouturier (2010), com a morte dos adversários e tomada de posse do campo. Este poder absoluto, o desejo de ser o líder, reflete as dificuldades de relacionamento com os pares e a grande necessidade de atenção. Também nasceram comportamentos agressivos verbais e físicos dirigidos inicialmente a objetos, mas, posteriormente, aos pares e a psicomotricista. Todos estes comportamentos aparecem como mecanismo de defesa, demonstrando um carácter de domínio e controlo, não se encontrando confiante e seguro para revelar as suas fragilidades e deixar-se cuidar. Tal é comprovado com a rejeição de momentos finais de

relaxação, com a permanência de um estado de agitação, de alerta e vigilância permanente.

A terceira fase consistiu em quatro sessões onde a atividade prevalente foi o jogo construtivo, precedido de momentos de exploração sensório-motora. Mais concretamente, com atividades de destruição e construção, que estão ligados aos momentos de brincadeira entre os bebés e os pais, em que o bebé destrói a torre e a mãe constrói, mantendo a interação entre os dois (Aucouturier, 2010). Este jogo, nesta altura do desenvolvimento, assume uma função regressiva, estando associado ao medo de perder o objeto amado, com a ação de destruir, sendo a construção reveladora de independência (Aucouturier, 2010). De frisar que o início desta fase foi marcado por uma diminuição dos momentos com a mãe, devido ao período de arrumações para mudança de casa, que coincidiu também com o reaparecimento da enurese diurna e um momento em que foi alvo de agressão de um colega na escola. Nesta fase também foi partilhado pelo próprio a presença de situações em que ouve vozes e vê vultos, aspetos que mereceram muita preocupação por parte da mãe, remetendo para o lado fantasioso do pai. As situações partilhadas, apresentavam diversos conteúdos, não sendo expressa de forma precisa a ligação com o pai, mas o modelo das *continuing bonds* remete para a presença de alucinações relacionadas com o falecido (APA, 2013; Klass, 2017). Estas situações são caracterizadas como inconsistentes, por, entre outros motivos, ter sido decorrente do preenchimento da BASC que contém questões associadas ao tema. Os jogos construtivos envolveram a construção de um santuário também carregado de atividade simbólica onde o Augusto revela a angústia associada à sua própria morte: apresentava dificuldade em entrar em contacto com a sua morte simbólica (ao necessitar de levar consigo espadas para o sepulcro) e agitação em permanecer “morto” (e.g. vai fazendo comentários à construção e fez algumas movimentações dos materiais). Esta angústia parece diminuída com a crença da existência de mortos vivos após a morte, representada no jogo simbólico, mas que ainda gerava insegurança e fragilidade (para enfrentar o mundo dos mortos vivos, um mundo desconhecido, necessita de uma espada).

As outras atividades construtivas contemplaram a construção de casas, inicialmente, conjuntas e, posteriormente, individuais, onde a personagem assumida foi a de rei, associado a posturas de domínio sobre o outro, de grande poder e importância. Sozinho construiu um “castelo” fortificado, imponente, compacto, no qual não permitiu a entrada da psicomotricista nem do seu par, o que aponta para a presença de sentimentos de insegurança, como é representativo pela utilização de elementos simbólicos de combate e agressividade no seu castelo (espadas, escudos e inúmeras bolas). Neste sentido,

observaram-se dificuldades de gestão de atividades em grupo, com comportamentos de oposição e desafio (e.g. retirada de material aos pares e à psicomotricista, construção do castelo afastado da comunidade, destruição das casas à exceção da sua e retirada da atividade por um longo período de tempo). Paralelamente, surgiram comportamentos cooperantes (e.g. aceita ideias dos pares e da psicomotricista) e atitudes de arrependimento, mas com grande culpabilização (e.g. permite a destruição pelo par da sua casa consigo dentro, destruindo a casa e o Augusto), ao mesmo tempo que procura contenção.

As últimas três sessões de grupo formam a quarta etapa da intervenção, resumida através da palavra reviravolta. Aqui, na atividade simbólica que envolveu o andar no cavalo, cuja personagem foi assumida pela psicomotricista, verificaram-se algumas alterações. Com o par, permitiu, espontaneamente, que o outro tivesse espaço para apresentar a sua atividade, esperando pela sua vez; imitou e seguiu o modelo do par; e apresentou comportamentos cooperativos (e.g. ajudou por iniciativa própria). No entanto, ainda esteve presente a necessidade de destaque em relação ao outro (era o proprietário da escola de cavalos). Na díade com a terapeuta, verificou-se uma expressão mais clara do sentimento de posse da psicomotricista (o cavalo era seu, possui cordas que o amarram, que o controlam; fala com ele de uma forma única, que só os dois entendiam). Porém, também apresentou uma maior capacidade de autocontrolo e gestão da relação, na medida em que o seu par montou o cavalo. De salientar que a terapeuta e a criança estavam ligadas através da corda que os une, associado à simbolização do cordão umbilical. Os comportamentos observados podem ter sido facilitados pela postura clara de submissão da psicomotricista que não necessitava que o Augusto recorresse a comportamentos de defesa (agressivos, de oposição e de desafio). Assim, nasceram desejos de cuidado, através da procura por contacto físico direto (não permitido até ao momento em atividade), tendo em atenção os interesses e gostos da terapeuta (alimentou o cavalo com a sua comida preferida). Para além disso, trata-se de uma atividade mais organizada e estruturada, com uma boa capacidade de planeamento e representação da ação, diminuindo os sinais de impulsividade e agitação, o que podem sugerir uma maior reestruturação das experiências conflituais, conduzindo a uma maior organização do seu funcionamento psíquico (Almeida, 2005). A este propósito, a enurese diurna encontrou-se menos recorrente.

Também surgiu o interesse por atividades mais estáticas, de relaxação, baseado na realização de “tatuagens”, dada a diminuição da sua agitação, mas apenas com capacidade de ser agente ativo (fazer tatuagens no corpo do outro), onde controlando a

ação, deixou a sua marca no corpo do outro. Quando assume o papel de agente passivo (mesmo escolhendo o par agente ativo e o desenho a tatuar) e depois de permanecer em decúbito dorsal durante o processo, apresentou comportamentos de rejeição da marca do outro no seu corpo, que passou a fazer parte de si (voz alta, discurso desorganizado, face muito irrigada, impaciência, impulsividade e limpeza do desenho que deixou a pela vermelha e ligeiramente arranhada). Este comportamento desadequado pode ser devido possivelmente à relação pouco consistente com o par escolhido, ao nível da confiança, sendo, todavia, realçado a procura de grande proximidade com o par, apesar das dificuldades de gestão da relação.

A última sessão na sala terapêutica foi muito semelhante à primeira sessão do grupo, com o regresso do jogo simbólico centrado nas lutas, e que pode ser entendido como o desejo de recomeçar, de continuar com a intervenção, em que regressa a postura dominadora, de controlo e poder, ao assumir-se como o animal mais forte, o dragão. A diferença em relação à primeira sessão está na capacidade de gestão dos insucessos, sem desistência, com a ausência de comportamentos agressivos verbais e físicos. Nesta sessão, também revelou fragilidades, após a queda do seu local de jogo, apresentando-se choroso, com diferentes locais de dor e sem movimentar o pé. De salientar que, ao longo de toda a intervenção, o Augusto referia dores no corpo e feridas, para além de fingir magoar-se, evidente da grande necessidade de atenção e cuidado. As queixas somáticas também são apontadas como característica associada à dificuldade de resolução do processo de luto (APA, 2013). De acrescentar que nesta sessão, em particular, o Augusto já tinha sido informado pela mãe da necessidade de sair da sessão a horas, tendo acabado por tal não se confirmar, com a desmarcação do compromisso da mãe, embora não tenha demonstrado preocupação inicialmente.

Dois aspetos sempre presentes em todas as fases da intervenção e que podem evidenciar uma ligação significativa do Augusto ao espaço terapêutico, como um local prazeroso, centram-se nas dificuldades em terminar a sessão, com tentativas de prolongamento, e na recordação das sessões passadas, mantendo a ligação fora da sessão, o que permite a sua continuidade, como aponta Aucouturier (2010).

### **3.2.8 Avaliação Final**

Relativamente aos resultados da **BASC**, quanto ao perfil clínico, da versão da mãe, os resultados finais encontram-se idênticos aos iniciais, com ligeira redução dos resultados das escalas, mais acentuada na *atipicidade* que deixa de ser considerada clinicamente significativa (de 80 desce para 67). Do perfil da versão da professora, mantendo todas as

escalas abaixo do limiar de risco, evidencia-se uma descida mais frisada em todas as escalas de problemas internalizados, com especial enfoque na *ansiedade* (de 52 para 42). Por fim, embora próximo do perfil inicial, na versão do Augusto, a escala *atipicidade* sofre um ligeiro aumento, contrariando o parecer da mãe, ao manter os valores considerados *cl clinicamente significativos* nomeadamente ao nível da *ansiedade*, em oposição aos resultados observados com maior expressão na versão da professora.

No que respeita ao perfil adaptativo, a identificação inicial de problemas de adaptabilidade desaparece na versão da professora (de 28 para 51) e da mãe (de 33 para 53). No perfil do Augusto, verifica-se uma melhoria na *relações com os pais* que deixa de estar em risco (de 35 sobe para 52) e na *relações interpessoais*, embora mantendo-se em risco (de 32 para 36). Em oposição, passam a ser identificados problemas de *autoestima* (de 51 para 27), assistindo-se também a uma pequena diminuição da *autoconfiança*, que se mantém fora do limiar de risco. Apesar de só se verificarem na avaliação final resultados preocupantes ao nível da autoestima, os mesmos já eram percecionados anteriormente, mas, no início, não apresentava as suas fragilidades, como forma de proteção. Conforme Guenedy e Guenedy (2004), sendo as relações estabelecidas fonte de frustração, a autoimagem desta criança fica afetada, fazendo-a sentir que não merece ser amada.

No Anexo D, todos os resultados obtidos na BASC são apresentados em formato de gráficos e analisados com maior detalhe.

No **SCARED-R**, o resultado total final sofreu um ligeiro aumento, de 12 para 16, mas ainda muito distante do perfil com risco clínico. Neste caso, também é possível comparar com a versão preenchida pelo Augusto, que, contrariamente aos resultados anteriores, a pontuação total aponta para a existência de um perfil clínico, com um percentil superior a 85. A dimensão mais elevada pertence à *Perturbação de Ansiedade Generalizada*, com 94,44%.

Quanto ao **DAP**, da informação quantitativa, destaca-se o desenho da figura do homem que revela a pontuação mais alta, considerado superior à média para a sua idade, aumentando a pontuação relativamente à avaliação inicial. O desenho da mulher encontra-se na média, como inicialmente, e o desenho do próprio apresenta uma redução da pontuação em comparação com a avaliação inicial, passando a ser interpretada como *borderline*.

A nível qualitativo, salienta-se, numa comparação com os desenhos iniciais, as seguintes alterações: diminuição da agitação corporal; utilização de menos cores, que pode estar relacionado com a primazia ao traço e à forma, como é comprovado pelos valores

mais elevados no desenho do homem, pelo maior investimento no desenho do seu próprio rosto, sem situar a figura da mulher e do próprio num contexto específico; diminuição do perfeccionismo e autoexigência na realização dos desenhos, com redução de sentimentos de baixa autoconfiança.

Numa análise mais detalhada de cada desenho, a figura do homem parece juvenil, a andar de skate, e que pode estar associado ao modelo da figura mais próxima, o irmão de 24 anos, contrastando com o ambiente envolvente de mortes no desenho inicial. No desenho da figura da mulher, à semelhança da primeira avaliação, não apresenta uma expressão facial positiva, sendo evidente um aspeto sisudo, mas sem recorrer à cor vermelha, símbolo de hostilidade. Já no desenho do próprio, o Augusto centra-se no rosto por, de acordo com o próprio, ter estado a aprender recentemente este tipo de desenhos, exigindo mais de si. A primeira figura imatura com uma imagem corporal negativa dá lugar a um desenho que envolve técnicas. Os desenhos deste instrumento apresentam-se no Anexo D, bem como são alvo de uma análise mais detalhada.

Da **GOC** são assinaladas as seguintes modificações: apresentação ativa e cooperante, com motivação, empenho e adesão voluntária a todas as atividades; diminuição da impulsividade, permanecendo com a iniciação da atividade antes de terminada a instrução e com verbalização durante a instrução, mas já esperando pela sua vez e planeando a execução da tarefa; persistência em grupo, para além do contexto individual; comportamentos adequados na maioria do tempo; aumento da tolerância à frustração, reagindo de forma adequada, com exclusão de um acontecimento em que tenta colocar a culpa no outro e reage com gritos dirigidos ao par e também estendidos ao outro par e à psicomotricista devido a alteração das expectativas; respeito das regras da sessão e das atividades desenvolvidas; grande diminuição do discurso desorganizado temporalmente, confuso na forma, por vezes, com um ritmo acelerado e não fluente, com desaparecimento da gaguez inicial, dos tiques motores associados à fala; olhar dirigido espontaneamente; relação com o outro com desinibição adequada, com gestão da distância interpessoal, procurando espontaneamente tocar e ser tocado pelos pares e pela psicomotricista; manutenção do interesse numa relação exclusiva com a psicomotricista, mas com uma adequada capacidade de adaptação e gestão da proximidade dos pares; relações com os pares, essencialmente, afetuosas e cooperantes (participação nas decisões de grupo adequadamente, apreciando e aceitando as sugestões dos colegas), com desenvolvimento das estratégias eficazes e adequadas; aparecimento de partilhas espontâneas sobre acontecimentos negativos, mas dificuldades em demonstrar sentimentos; imitação do par de forma espontânea, expressiva e adequada no tempo;



diminuição das paratonias, com aparecimento da procura de situações de passividade; maior capacidade de gestão do final das sessões. Assim, nesta fase final da intervenção, o Augusto apresenta comportamentos adequados tanto em sessão individual como em grupo, embora com maior procura do adulto. O Anexo D contém também a GOC inicial e final preenchidas.

Por não ser possível a comparação entre o período pré e pós intervenção, os instrumentos SDQ e a Escala de Conners não são descritos neste subcapítulo, estando expostos os resultados obtidos no Anexo A.

### **3.2.9 Apreciação Global/Discussão dos Resultados e Conclusões**

Utilizando o mesmo método de análise dos objetivos terapêuticos descritos no caso da Sofia (subcapítulo 3.1.9), as percentagens obtidas em cada categoria as seguintes: 61,90% considerados adquiridos, 28,57% emergentes e 9,52% não adquiridos.

De forma mais detalhada, do domínio psicomotor, todos os objetivos relativos à promoção da intencionalidade da ação correspondem a objetivos adquiridos. Em relação à regulação tónico-emocional, apenas o objetivo referente à diminuição de movimentos parasitas/tiques motores nervosos foi adquirido, sendo considerados como emergentes os objetivos relativo à estimulação da aceitação do toque, com melhores resultados com a psicomotricista do que com os pares, e à promoção do estabelecimento de limites corporais e como não adquiridos os associados ao promover o acesso à passividade, diminuindo as paratonias e à utilização espontânea do toque na relação.

Respeitante ao domínio socioemocional, mais precisamente ao nível da cooperação, apenas o objetivo relativo ao respeito pelas regras foi classificado como emergente e os restantes seis como adquiridos. Sobre a linguagem verbal expressiva, o único resultado insatisfatório prende-se com o carácter emergente do objetivo associado à apresentação de um discurso organizado, lógico e coerente. O objetivo geral menos conseguido centrou-se ao nível da capacidade de resistência à frustração, com os objetivos considerados emergentes.

Com 38,27% dos objetivos não adquiridos, torna-se importante a continuação da intervenção, neste momento de maior vulnerabilidade e dependência, sendo necessário uma nova fase com incidência na progressiva autonomia e diferenciação, com influência positiva na relação com os pares.



## **4 Atividades Complementares de Formação**

Para além das atividades descritas anteriormente, no ponto X do capítulo X, durante o período de estágio, foram realizadas atividades complementares que contribuíram para o aprofundamento das competências profissionais.

### **4.1 Reuniões com Psicomotricistas com Intervenção em Contexto Hospitalar**

Devido a dificuldades sentidas, foram realizadas reuniões com psicomotricistas com intervenção em contexto hospitalar: três reuniões num total de cinco horas com a psicomotricista Rita Palma, a trabalhar no Hospital Dona Estefânia; e também uma reunião de duas horas com a psicomotricista Janete Maximiano, no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Os objetivos destas reuniões centraram-se em esclarecer dúvidas sobre a prática psicomotora e a implementação do serviço de psicomotricidade em contexto hospitalar e discutir um caso clínico.

### **4.2 Reuniões do Núcleo de Estágio**

Decorridas ao longo do ano letivo sobre a diretriz do orientador académico, as 17 reuniões do núcleo de estágio em saúde mental infantojuvenil e de adultos consistiram num espaço de supervisão que permitiu realizar uma relação consistente entre a prática e a teoria. As reuniões favoreceram a partilha e reflexão em grupo das experiências vividas nos diversos estágios, desde dúvidas relacionadas com a análise de casos clínicos e estratégias terapêuticas a sentimentos associados aos processos de transferência e contratransferência na terapia, bem como angústias ligadas à experiência de estágio.

Neste sentido, foram realizadas apresentações cujos temas foram escolhidos pelas orientandas consoante os interesses e necessidades de aprendizagem e reflexão das mesmas (consultar Anexos E e F – Maus Tratos Infantis e Vinculação). Mais tarde, foram apresentados e refletidos também casos clínicos, sendo apresentado pela estagiária o caso de uma adolescente, que suscitava maior preocupação clínica.

### **4.3 Formação Adicional**

Paralelamente ao trabalho realizado na instituição, a estudante esteve presente em algumas jornadas, congressos e workshops (consultar Anexo G): III Jornadas de Psicologia do HSM-CHLN – “Inovação em Psicologia Hospitalar” (novembro de 2016); XXIII Jornadas de Pediatria do HSM-CHLN – “Imunidade – do deficit ao superavit” (fevereiro de 2017); I

Jornadas Científicas de Psicomotricidade – "A Psicomotricidade no Século XXI - Respostas Inovadoras para Desafios Emergentes" (fevereiro de 2017); Módulo X Saúde Mental Básico (abril de 2017) e Diferenciação (junho de 2017) do Curso de Pediatria, do Núcleo de Formação e Investigação do Departamento de Pediatria, HSM, CHLN - Centro Académico de Medicina de Lisboa; V Congresso "O Luto em Portugal"/I Congresso Luso-Brasileiro do Luto, *11<sup>th</sup> International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society*, Curso "Intervenção Psicoterápica no Luto – Modelo Integrativo" (julho de 2017); I Workshop "Intervenções Psicofísicas no Trauma e Luto – Abordagem do stress e Prevenção do Trauma na Promoção da Resiliência e Crescimento Pós-Traumático", "9<sup>a</sup> Conferência da Associação Portuguesa de Psicoterapia Emocional – Psicoterapia Bonding - O lugar das Psicoterapias em Internamentos de Saúde. Psicoterapias e Nova Relação", workshop de Musicoterapia – "Relação, Comunicação, Imaginação e projecção", Jornadas de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Central, workshop – "Intervenção em grupos terapêuticos" (outubro de 2017) e IV Jornadas de Psicologia Hospitalar do HSM – CHLN – "Acontecimentos (Trans)Formadores de Vida" (novembro de 2017).

#### **4.4 Organização e Apresentação de Trabalhos**

No HSM, no início do estágio, em dezembro de 2016, decorrente da participação no *Journal Club*, foi apresentado "Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil e Juvenil" (consultar Anexo H) com o intuito de revelar aos profissionais do serviço de pediatria e do SPSMIA em que consiste a intervenção psicomotora e quais os seus critérios de encaminhamento neste contexto. Nas reuniões clínicas foram apresentados dois casos clínicos, uma adolescente (julho de 2017) e uma criança (outubro de 2017), onde foram utilizadas diferentes metodologias de intervenção, de forma a dar a conhecer a toda a equipa o trabalho desenvolvido no serviço (consultar Anexos I e J, respetivamente).

Entre março e abril de 2017, como elemento organizador no âmbito do mestrado, foi planeado, à semelhança do verificado no ano letivo anterior, um seminário formativo que apresentava os seguintes objetivos: promover a formação interna e partilha de experiências sobre o trabalho desenvolvido nos dois ramos do 2º ano do 2º ciclo; refletir conjuntamente o trabalho desenvolvido nos vários contextos e domínios de intervenção e/ou investigação; e permitir aos estudantes do 1º ano do mestrado, uma imagem das possibilidades de escolha de Ramo de Atividades de Investigação ou Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais no 2º ano do mestrado. Porém, o seminário não foi concretizado, devido ao número reduzido de estudantes que confirmaram a sua presença. Pela valorização de espaços de partilha e reflexão das diferentes

experiências dos alunos ao longo do período de estágio ou de investigação, num cariz mais informal, como elemento da organização e com o apoio da Associação dos Estudantes da Faculdade de Motricidade Humana, a mesma comissão organizadora desenvolveu o evento "Psicomotricidade: Perguntas e Respostas... numa conversa com alunos do 2º ano de mestrado!", realizado no dia 1 de junho de 2017 e que juntou também alguns estudantes do 1º ano do 2º ciclo.

Decorrente do trabalho desenvolvido durante o estágio, foram realizadas nove apresentações junto da comunidade profissional no âmbito da saúde mental. Todas as apresentações foram submetidas em formato de resumo para aceitação por parte das/os jornadas/congressos, à exceção de duas delas: a "CorporalMente", cujo módulo foi organizado e realizado pela equipa do SPSMIA, que surgiu do interesse da estagiária em apresentar um tema relacionado com a Psicomotricidade, tendo sido proposta pela equipa uma intervenção ao nível da relaxação; e a comunicação oral "Intervenção no Luto na Adolescência: Um Diálogo entre a Psicologia e a Psicomotricidade num contexto grupal" que surgiu através de um convite da comissão organizadora do congresso.

Assim, de forma discriminativa, as apresentações foram as seguintes: "CorporalMente" (junho de 2017) no Curso de Pediatria: Módulo X - Saúde Mental (diferenciação) (Anexo K); "Intervenção no Luto na Adolescência: Um Diálogo entre a Psicologia e a Psicomotricidade num contexto grupal" (Anexo L), "Luto Traumático na Adolescência Focado no Trauma...? Um Caso Clínico" (Anexo M) e "Luto Traumático Infantil Focado na Perda...?: Um Caso Clínico" [comunicações orais] (Anexo N), no VI Congresso "O luto em Portugal"/I Congresso Luso-Brasileiro do Luto (julho de 2017); "Expressive Therapy and Psychomotor Therapy with adolescents between 10 and 14 years old in mourning situations" e "Expressive Therapy and Psychomotor Therapy with children between 7 and 10 years old in mourning situations" [Posters] (Anexos O e P, respetivamente) na 11<sup>th</sup> International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society (julho de 2017); "A Vivência do Trauma no Processo de Luto de uma Adolescente: Caso Clínico" [comunicação livre] e "O Contributo da Psicologia e da Psicomotricidade no Luto: Intervenção em Grupo com Adolescentes" [poster] nas IV Jornadas de Psicologia Hospitalar no HSM – CHLN (novembro de 2017). A comunicação livre realizada nas IV Jornadas de Psicologia Hospitalar no HSM – CHLN foi premiada por ser considerada a melhor comunicação.

As atividades complementares de formação, que englobaram o contacto com psicomotricistas que passaram por uma experiência profissional semelhante, as reuniões do núcleo de estágio e a presença em jornadas/congressos/workshops relacionados com a intervenção em saúde mental e que no total envolveram 15 apresentações, salientam o interesse por parte da estudante na divulgação da intervenção psicomotora junto da comunidade profissional.

## **Conclusão**

Em primeiro lugar, a escolha deste estágio autoproposto foi pensada e planeada durante praticamente um ano, envolta de um grande interesse em aprofundar conhecimentos e intervir de forma melhorada na área da saúde mental infantil, desde a realização do estágio de licenciatura.

Numa análise geral dos objetivos definidos no regulamento do RACP (2016), os mesmos foram cumpridos, através do aprofundamento de conhecimentos e de metodologias na intervenção psicomotora e do planeamento, conceção, aplicação e avaliação do programa com crianças e adolescentes enlutados, que envolve o diálogo entre a Psicologia e a Psicomotricidade. Também a relação com a comunidade foi explorada através do contacto com as escolas e a comunidade científica e profissional.

Pouco tempo depois de chegar ao hospital, enfrentei o meu primeiro desafio, decorrente da mudança de instalações, com implicações na observação de intervenções e no acompanhamento terapêutico de casos. Esta situação permitiu-me, essencialmente, contactar com a comunidade escolar e valorizar a comunicação direta entre os terapeutas e o meio tão importante no desenvolvimento da população infantojuvenil, onde as crianças e os adolescentes passam a maior parte do seu dia. Estas reuniões possibilitam identificar a postura dos professores em relação às crianças, tirar dúvidas, discutir estratégias de relação e de intervenção e partilhar preocupações, aumentando a compreensão das problemáticas dos casos, quando comparadas com as informações partilhadas pelos pais. De facto, estas vantagens não estão todas presentes pelo contacto através dos instrumentos de avaliação, mas entende-se a dificuldade em realizar esta dinâmica, tendo em conta o número elevado de crianças acompanhadas.

As principais mais-valias do presente estágio foram decorrentes das diferentes relações estabelecidas com os profissionais da instituição. A partir destes contactos percebi que mais do que falar sobre a Psicomotricidade, a forma como esta é falada é muito importante, exigindo muito mais do que o conhecimento da minha área de intervenção. Numa primeira fase não foi fácil explicar, mas à medida que ia observando as intervenções realizadas pelos profissionais, fui identificando diferenças ao nível das abordagens e modelos, percebendo e descobrindo onde a intervenção psicomotora se situa no seio de equipas multidisciplinares nesta área e quais as necessidades da população atendida onde a terapia psicomotora pode dar resposta. Neste sentido, entendi que os encaminhamentos exigem este exercício e que é decorrente das ligações com a

equipa, nomeadamente, através das reuniões de discussão de casos. No entanto, também aprendi que as semelhanças entre as diferentes intervenções, por exemplo, ao nível da compreensão e entendimento de determinados sintomas ou comportamentos, são positivas, pois possibilitam o trabalho em equipa.

Todas estas questões estiveram associadas ao desenvolvimento de uma intervenção em grupo com crianças e adolescentes enlutados. No primeiro grupo formado, o dos adolescentes, senti inicialmente algumas dificuldades e receios por nunca ter acompanhado terapeuticamente esta população. Numa fase inicial, desejava muito ter um orientador local, sobretudo para transmitir segurança nas decisões tomadas. Por este motivo, para além de reunir com o orientador académico, contactei com psicomotricistas que passaram por experiências semelhantes e investi na literatura e na formação. Em casa, também me dediquei à análise das sessões realizadas, através da escrita, facilitando o olhar crítico e reflexivo do trabalho efetuado, de forma a melhorar a ação terapêutica. No contexto hospitalar, as múltiplas partilhas e reflexões com a psicóloga durante a conceção e o decorrer do programa tiveram um papel fulcral, para além da compreensão de comportamentos e atitudes da população. Estas reuniões estenderam-se mesmo após o término dos grupos, envolveram aspetos retrospectivos de todo o processo e culminaram com a apresentação do programa junto da comunidade profissional, em congressos e jornadas, não só nacionais como internacionais. Assim, considero que a ausência de orientação local me trouxe muito mais vantagens do que desvantagens, na medida em que acelerou o meu processo de crescimento profissional e pessoal.

A nível teórico, as principais dificuldades e limitações prendem-se com a inexistência de estudos que incidam especificamente na terapia psicomotora em crianças e jovens enlutados, existindo apenas alguns estudos centrados nas terapias expressivas e que envolvem uma intervenção corporal.

Esta experiência foi sobretudo pessoal, na medida em que permitiu o aumento da capacidade autorreflexiva, no que respeita às minhas capacidades e limitações, algumas das quais descobertas. Estas alterações positivas, ancoradas de segurança e confiança, são consideradas como importantes também para a prática profissional, fundamentalmente na relação terapêutica com a criança ou o adolescente.

Concluindo, todas as experiências vividas e respetivas aprendizagens suportam a ideia de que este estágio foi uma excelente escolha, o qual marcou o início do aprofundamento das competências profissionais, e que a terapia psicomotora tem lugar em equipas de saúde mental.

## Bibliografia

- Almeida (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64
- Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (Fifth ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (n.d.). *Brochura Psicomotricidade – Práticas Profissionais*. Retirado em 19 de janeiro de 2018 de <https://appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>
- Aucouturier, B. (2010). *Dificuldades do Comportamento e Aprendizagem*. Lisboa: Trilhos Editora
- Barbosa, A. (2016). *Fazer o Luto*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Batista, M. (2008). A comunicação em Psicomotricidade Relacional: convergência entre emoção e motricidade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8(3), 105-110. Consultado a 19 de novembro de 2015 de: [http://www.cicep.cl/formacion/apuntes/cap\\_revista/31ripte.pdf](http://www.cicep.cl/formacion/apuntes/cap_revista/31ripte.pdf)
- Berger, M. (2013). *L'enfant instable: Approche clinique et thérapeutique* (3rd ed.). Paris: Dunod
- Bergès-Bounes, M. (2011). Corps, langage et sujet dans la relaxation thérapeutique. *Enfances & Psy*, 1(50), 164-167. doi: 10.3917/ep.050.0164
- Bergès-Bounes, M. & Laurus-Petit, A. (2006). De l'individu dans le groupe : la relaxation thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(47), 179-190. doi:10.3917/rppg.047.0179
- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A. & Sironneau-Bernardeau, C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant: Corps, Langage, Sujet*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson
- Bernardo, M. (2006). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Psicología Pirámide
- Boscaini, F. (2003). O Desenvolvimento Psico-Corporal e o Papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 53-65
- Boscaini, F. & Saint-Cant, A. (2013). Psicomotricidad del niño hiperactivo. In Bottini, P. (Ed.). *Las prácticas y los conceptos del cuerpo: Reflexiones desde la Psicomotricidad*. Buenos Aires: Miño y Dávila
- Bourger, P. (2003). Problemas psicomotores e dinâmica familiar. *A Psicomotricidade*, 1(1), 24-30
- Braconnier, A. (2007). *Manual de Psicopatologia* (1ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores
- Brandão, T. (1998). Ecomapa. Departamento de Educação Especial e Reabilitação – Faculdade de Motricidade (documento não publicado)



- Broca, A. (2013). Deuil chez l'enfant. L'enfant endeuillé. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 171(3), 164-167. doi:10.1016/j.amp.2013.01.019
- Bugge, K. E., Haugstvedt, K. T., Røkholt, E. G., Darbyshire, P., & Helseth, S. (2012). *Adolescent bereavement: embodied responses, coping and perceptions of a body awareness support programme. Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2160-2169. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04141.x
- Cardoso, G., Xavier, M., Vilagut, G., Petukhova, M., Alonso, J., Kessier, R. & Caldas-de-Almeida, J. (2017). Days out of role due to common physical and mental conditions in Portugal: results from the WHO World Mental Health Survey. *BJPsych Open*, 2, 15-21. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002402
- Carreira, A. & Correia, A. (2005). Área de Dia – Um Experiência de tratamento de crianças em Grupo. In M. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes: Aprender a pensar* (pp. 107-138). Lisboa: Trilhos Editora
- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A Psicomotricidade*, 6, 73-78.
- Centro Hospital Lisboa Norte [CHLN]. (2016a). *Informação Institucional: Organograma*. Retirado em 10 de janeiro de 2018 de [http://www.chln.pt/media/k2/attachments/informacao\\_institucional/Organograma\\_2016\\_CHLN.pdf](http://www.chln.pt/media/k2/attachments/informacao_institucional/Organograma_2016_CHLN.pdf)
- Centro Hospital Lisboa Norte. (2016b). *Plano de Atividades*. Retirado em 10 de janeiro de 2018 de [http://www.chln.pt/media/k2/attachments/plano\\_atividade/Plano%20de%20Atividades%202016.pdf](http://www.chln.pt/media/k2/attachments/plano_atividade/Plano%20de%20Atividades%202016.pdf)
- Centro Hospital Lisboa Norte. (2015). *Alteração ao Artigo 38º do Regulamento Interno do CHLN ("Constituição dos Departamentos, Serviços e Unidades Funcionais")*. Retirado em 10 de janeiro de 2018 de [http://www.chln.pt/media/k2/attachments/regulamentos/Alteracao\\_ao\\_Regulamento\\_Interno\\_artigo\\_38.pdf](http://www.chln.pt/media/k2/attachments/regulamentos/Alteracao_ao_Regulamento_Interno_artigo_38.pdf)
- Centro Hospital Lisboa Norte. (2009). *Regulamentos: Regulamento Interno do CHLN*. Retirado em 10 de janeiro de 2018 de [http://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/regulamentos/Regulamento%20Interno%20do%20CHLN\\_23.03.2009.pdf](http://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/regulamentos/Regulamento%20Interno%20do%20CHLN_23.03.2009.pdf)
- Centro Hospital Lisboa Norte. (n.d.a). *Como Chegar*. Retirado em 10 de janeiro de 2018 de <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/informacao-aos-utentes/como-chegar>
- Centro Hospital Lisboa Norte. (n.d.b). *Conselho de Administração*. Retirado em 10 de janeiro de 2018 de <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/conselho-de-administracao>
- Centro Hospital Lisboa Norte. (n.d.c). *Pediatria*. Retirado em 10 de janeiro de 2018 de <http://chln.pt/index.php/as-nossas-especialidades/pediatria>
- Centro Hospital Lisboa Norte. (n.d.d). *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Retirado em 10 de janeiro de 2018 de <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/as-nossas-especialidades/pediatria/psiquiatria-da-infancia-e-da-adolescencia>
- Chan, C. & Fong, C. (2016). Meridian Tapping. In R. Neimeyer (Ed.). *Techniques of Grief Therapy: Assessment and Intervention* (1 ed., Vol. IV, pp. 144-149). New York: Routledge.



- Circular Normativa Nº. 06/DSPSM, de 17 de junho de 2005. Direção Geral da Saúde. Retirado em 19 de janeiro de 2018 de <https://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2010/04/organizacao-dos-servicos-de-saude-mental-da-infancia-e-da-adolescencia.pdf>
- Cohen, J., Mannarino, A. & Beblinge, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press
- Constant, J. (2007). Un métissage en quête d'identité: pédopsychiatrie et psychomotricité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 87-92.
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Lisboa: Trilhos Editora
- Costa, C. (2016). *Relatório de Atividades do 1º ano: Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa (documento não publicado)
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora
- Costa, J. (2005). Dinâmica de Grupo em Psicomotricidade de base relacional. In M. Vidigal & Colaboradores, *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes* (pp. 277-298). Lisboa: Trilhos Editora
- Costa, J. (2003). Psicomotricidade Relacional. *A Psicomotricidade*, 1(1), 42-46
- Cruz, M. & Lobo, P. (2005). A Depressão na Criança: Intervenção Terapêutica em Grupo. In M. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes: Aprender a pensar* (pp. 107-138). Lisboa: Trilhos Editora
- Decreto-Lei n.º 23/2008. Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª série — N.º 28 — 8 de Fevereiro de 2008. P. 946-947. Retirado em 19 de janeiro de 2018 de <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/21397/0094600947.pdf>
- Decreto-Lei n.º 35/99. Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª série – A – N.º 30 — 5 de Fevereiro de 1999. P. 679. Retirado em 19 de janeiro de 2018 de <https://dre.pt/application/file/a/168963>
- Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 935-942
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Retirado em 2016, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programasde-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Edgar-Bailey, M., & Kress, V. (2010). Resolving Child and Adolescent Traumatic Grief: Creative Techniques and Interventions. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5(2), 158-176. doi:10.1080/15401383.2010.485090
- European Forum of Psychomotricity. (2016). *Glossary*. Retirado em 19 de janeiro de 2018 de <https://psychomot.org/wp-content/uploads/2017/03/Final-Glossary-Psychomotor-Paradigm-2016.pdf>
- European Forum of Psychomotricity. (n.d.a). *General Information*. Retirado em 19 de janeiro de 2018 de <https://psychomot.org/psychomotricity/general-information/>
- European Forum of Psychomotricity. (n.d.b). *Psychomotricity*. Retirado em 19 de janeiro de 2018 de <https://psychomot.org/psychomotricity/>

- Farber, C. (2016). Welcoming What Is. In R. Neimeyer (Ed.). *Techniques of Grief Therapy: Assessment and Intervention* (1 ed., Vol. IV, pp. 144-149). New York: Routledge.
- Fonseca, V. (2017). *Neuropsicomotricidade: Ensaio Sobre as Relações corpo-motricidade-cérebro-mente*. Lisboa: Âncora Editora
- Fonseca, V. (2012). *Terapia Psicomotora: Estudos de Caso – Da Caracterização à Intervenção*. Lisboa: Âncora Editora
- Fonseca, V. (2010). Manual de Observação. *Significação Psiconeurológica dos seus Factores*. Lisboa: Âncora Editora
- Fonseca, V. (1985). Dados para uma Observação Psicomotora - Contributo para uma Perspectiva Terapêutica. In *Gabinete de Educação Especial e Reabilitação: Temas de Psicomotricidade* (pp. 45-66). Cruz Quebrada: Centro de Documentação e Informação – ISEF
- Fuentes, M. (2005). Evolução do Jogo ao longo do Ciclo Vital. In J. Murcia (Ed.). *Aprendizagem através do Jogo* (pp. 29-44). São Paulo: Artmed Editora
- Garcia, R. (2005). *Terapia Psicomotora Infantil (casos de los 3 a los 11 años)*. (1st ed.). Madrid: Psicología y Psicomotricidad
- Goldschmidt, T. (2004). “Crises e Rupturas” - Famílias/Escola/ Comunidade: O Tempo e a Crise na Família. In *Actas do 3º Encontro Crises e Rupturas – A criança, a família e a escola em sofrimento* (pp. 35-48). Centro Doutor João dos Santos - Casa da Praia.
- Guenedy, N. & Guenedy, A. (2004). *Vinculação: Conceitos e Aplicações*. Lisboa: CLIMEPSI Editores
- Gueniche, K. (2005). *Psicopatologia Descritiva e Interpretativa da Criança* (1ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI Editores
- Hale, W., Raaijmakers, Q., Muris, P., & Meeus, W. (2005). Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the General Adolescent Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(3), 283-290. doi:10.1097/00004583-200503000-00013
- Hilliard, R. E. (2001). The Effects of Music Therapy-Based Bereavement Groups on Mood and Behavior of Grieving Children: A Pilot Study. *Journal of Music Therapy*, 38(4), 291-306. doi:10.1093/jmt/38.4.291
- ICD-11. (2018). *Prolonged grief disorder*. Retirado em 25 de fevereiro de 2018 do sítio: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1183832314>
- Joly, F. (2007). Le sens des Thérapeutiques Psychomotrices en Psychiatrie de L'Enfant. *Neuropsychiatrie de L'Enfance et de L'Adolescence*, 55, 73-84
- Klass, D. (2017). Continuing Bonds. N. Thompson & G. Cox (Eds.). *Handbook of the Sociology of Death, Grief, and Bereavement: A Guide to Theory and Practice*. Routledge: New York
- Lapierre, A. (2008b). La Psicomotricidad relacional. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8(3), 7-14. Consultado a 22 de novembro de 2015 de: [http://www.cicep.cl/formacion/apuntes/cap\\_revista/31ripte.pdf](http://www.cicep.cl/formacion/apuntes/cap_revista/31ripte.pdf)
- Lapierre, A. (2005). La formación personal en psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 19, 21-26

- Landazabal, M. (2002). Relevancia del juego cooperativo y creativo en el desarrollo cognitivo, social y emocional. In M. Llinares, V. Díaz, J. Rodríguez & A. Navarro. *La Práctica Psicomotriz: una Propuesta Educativa mediante el Cuerpo el Movimiento*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Leal, D., Marques, J., Vaz, P., Pereira, S. & Matos, A. (2015). Recusa Escolar em Adolescentes: Caracterização e Situação 27 a 60 Meses Após a Admissão em Hospital de Dia. *Psilogos*, 15(2), 12-23.
- Levin, E. (2009). *A Clínica Psicomotora* (8ª ed.). Buenos Aires: Editora Vozes
- Lin, K., Sandler, I., Ayers, T., Wolchik, S., & Luecken, L. (2004). Resilience in Parentally Bereaved Children and Adolescents Seeking Preventive Services. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(4), 673-683. doi:10.1207/s15374424jccp3304\_3
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3), 266-275. doi:10.1002/wps.20348
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários: Coordenação Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Consultado em 15-Jan-2015 do sítio: <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheirosexternos/pub-saude-mentalrecomendacoes-para-a-pratica-clinica-1-pdf.aspx>
- Martins, R. (2017). Grelha de Observação do Comportamento (GOC). Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa (documento não publicado)
- Martins, R. (2008). A Criança Hiperactiva e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico-Terapêutico. *Diversidades*, 6(21), 19-29.
- Martins, R. (2001a). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: FMH Edições
- Martins, R. (1990). *Relatório de Aula: Aspectos Teóricos e Práticos da Relaxação – Uma Introdução à Relaxação Terapêutica para Crianças. Prova de Aptidão Pedagógica Científica*. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana
- Martins, R. (n.d.). Esquema de Tensões. (documento não publicado)
- Marzocchi, G., Capron, C., Di Pietro, M., Tabuleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., ... Théron, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(S2), 40-46. doi:10.1007/s00787-004-2007-1
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa Aventura Social. (2015). *A Saúde Dos Adolescentes Portugueses Em Tempos De Recessão: Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Lisboa e Cruz Quebrada: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL e FMH/ Universidade de Lisboa. Retirado em 9 de janeiro de 2018 de

[http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618\\_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf)

- Maximiano, J. (2015). O Papel do Psicomotricista. In D. Leal (Ed.). *Manual de Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Avaliação, compreensão e Intervenção* (1 ed., Vol. I, pp. 541-552). Lisboa: Coisas de Ler
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Psilogos*, 1(1). 85–95. Consultado a 24 de novembro de 2015 de: <http://repositorio.hff.minsaude.pt/handle/10400.10/60>
- McCormick, K., Stricklin, S., Nowak, T. & Rous, B. (2008). Using eco-mapping to understand family strengths and resources. *SAGE*, 11(6), 17-28. doi: 10.1177/1096250607311932
- Mestre, A., Garcia, P., Vidal, E. & Tomás, M. (2017). Parenting Style and Peer Attachment as Predictors Of Emotional Instability in Children. *Social Behavior and Personality*, 45(4), 677-694. doi: 10.2224/sbp.5363
- Muchata, T., & Martins, C. (2010). Impacto da toxicodependência na parentalidade e saúde mental dos filhos - Uma revisão bibliográfica. *Revista Toxicodependências*, 16(1), 47-56
- Naglieri, J. A. (1988). *DAP Draw a Person: A Quantitative Scoring System Manual*. The Psychological Corporation
- Nascimento, L., Rocha, S., Hayes, V. (2005). *Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica*. *Contexto. Enfermagem*, 14(2), 280-286. Retirado em 24 de maio de 2017 do sítio: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2>
- Neopraxis - DEER - FMH - UTL. (1995). *DAP Desenho de uma Pessoa: Sistema de Cotação Quantitativo*
- Onofre, P. (2004). *A Criança e a sua Psicomotricidade: Uma Pedagogia Livre e Aberta em Intervenção Motora Educacional*. Lisboa. Trilhos Editora
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal...na Psicomotricidade da Criança. Um ensaio para a estratégia de intervenção Educo-Terapêutica...para que a criança comece a adquirir a noção de Sociabilidade, da Criatividade e da Aprendizagem em Grupo. *A Psicomotricidade*, 1(1), 37-41
- Onofre, P. (2001). Pedagogia de Iniciativa...e...de Criatividade...!!! In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp.165-175). Lisboa: Edições FMH
- Pereira, B. (2005). Relaxação Terapêutica e Perturbações do sono – corpo e sono. *A Psicomotricidade*, 5, 63-67
- Perschy, M. (2004). *Helping Teens Work Through Grief*. New York: Brunner-Routledge
- Philpott, E. (2013). Moving Grief: Exploring Dance/Movement Therapists' Experiences and Applications with Grieving Children. *American Journal of Dance Therapy*, 35(2), 142-168. doi:10.1007/s10465-013-9158-x
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, 45-49
- Portuguese (Portugal). (2014). In youthinmind. Retirado em 15 de janeiro de 2017 de [http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz\(Portugal\)](http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz(Portugal))
- Prigerson, H., Horowitz M., Jacobs S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed

- for DSMV and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Programa Nacional para a Saúde Mental [PNSM], (2017). Direção-Geral de Saúde. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- RACP (2016). Regulamento de Estágio - Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP). Faculdade de Motricidade Humana (documento não publicado)
- Raynaud, J-P., Danner, C. & Inigo, J-P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 113-119
- Register, D. M., & Hilliard, R. E. (2008). Using Orff-based techniques in children's bereavement groups: A cognitive-behavioral music therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, 35(2), 162-170. doi:10.1016/j.aip.2007.10.001
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 114-119. doi: 10.1016/j.amp.2007.12.021
- Rodrigues, A. (2003). *Contributos para a Avaliação da Criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa
- Rodrigues, A. & Marta, F. (1994). Motricidade Terapêutica em Saúde Mental Infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 2, 75-85
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e Espelhos de Mim – A psicomotricidade em Saúde Mental Infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8(2), 49-58
- Romano, H. (2017). Le deuil chez l'enfant : spécificités selon les âges. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(5), 318-327. doi:10.1016/j.neurenf.2017.01.006
- Rosner, R., Kruse, J., & Hagl, M. (2010). *A Meta-Analysis of Interventions for Bereaved Children and Adolescents*. *Death Studies*, 34(2), 99-136. doi:10.1080/07481180903492422
- Rygaard, N. (2006). *A Criança Abandonada*. Lisboa: CLIMEPSI Editores
- Saint-Cast, A. (2008). Los niños con altos potenciales intelectuales, sus cuerpos, sus emociones. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8(4).
- Sandler, I. N., Wolchik, S. A., & Ayers, T. S. (2007). Resilience Rather Than Recovery: A Contextual Framework on Adaptation Following Bereavement. *Death Studies*, 32(1), 59-73. doi:10.1080/07481180701741343
- Santos, A. (1999). *Estudos de Psicopedagogia e Arte*. Lisboa: Livros Horizonte
- Santos, M. (2013). Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes: Identificar, Avaliar e Intervir (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Santvoort, F., Hosman, C., Janssens, J., Doesum, K, Reupert, A., & Loon, L. (2015). The Impact of Various Parental Mental Disorders on Children's Diagnoses: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(4), 281-299. doi:10.1007/s10567-015-0191-9



- Sassano, M. & Bottini, P. (2013). Técnicas y Enfoques en Psicomotricidad: Modelización de las prácticas y nociones de la Psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 97-144. Consultado a 22 de novembro de 2017 de: <http://psicomotricidadum.com/index.php>
- Silva, R. (2012). Estudo da Relação entre Comportamentos Maternos Globais e Específicos e Interpretações de Ameaça e Estratégias de Coping: Estudo Observacional das Crianças Não Ansiosas de Crianças com Elevados Níveis De Ansiedade. Mestrado Integrado Em Psicologia, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa
- Simões, C. (2012). Resiliência, saúde e desenvolvimento. In Tomé, G. and Matos, M. (Eds.). *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*. Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- SNS. (2017). *Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE*. Retirado em 25 de fevereiro de 2018 do sítio: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-de-lisboa-norte-epe/>
- Soares, I. (2007). Desenvolvimento da Teoria e da Investigação da Vinculação. In I. Soares, (Ed.). *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento: Teoria e Avaliação* (pp. 13-45). Braga: Psiquilibrios Editores
- Souza, J. & Kantorski, L. (2009). A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Revista Escolar de Enfermagem USP*, 42(2), 373-383. Retirado em 24 de maio de 2017 do sítio: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a17v43n2.pdf>
- Stang, H. (2016). Yoga for Grief. In R. Neimeyer (Ed.). *Techniques of Grief Therapy: Assessment and Intervention* (1 ed., Vol. IV, pp. 144-149). New York: Routledge.
- Strech, P. (2005). *Interiores*. Rio de Mouro: Círculo de Leitores
- Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília
- Vecchiato, M. (1989). *Psicomotricidade Relacional e Terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Vidigal, M. J. (2016). *Contributos para a História da Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal*. Lisboa: Trilhos Editora
- Widlöcher, D. (1971). Interpretação dos desenhos infantis. Vozes.
- Webb, N. B. (2011). Play therapy for bereaved children: Adapting strategies to community, school, and home settings. *School Psychology International*, 32(2), 132-143. doi:10.1177/0143034311400832
- Webb, N. B. (2003). Play and expressive therapies to help bereaved children: Individual, family, and group treatment. *Smith College Studies in Social Work*, 73(3), 405-422. doi:10.1080/00377310309517694
- What is the SDQ?. (2012). In youthinmind. Retirado em 15 de janeiro de 2017 de <http://www.sdqinfo.com/a0.html>
- World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020. Switzerland: World Health Organization*. Retirado em 19 de janeiro de 2018 de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)
- World Health Organization (2016). *Media Centre – Mental health: strengthening our response*. Retirado em 19 de janeiro de 2018 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

World Health Organization (n.d.). *Mental Health: Child and Adolescent Mental Health*. Retirado em 29 de janeiro de 2018 de [http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/child\\_adolescent/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/)

---

## **Anexos**

---



